

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

357

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léonce FOURNIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Brest

Né le 20 janvier 1913 à Ouve-Wirquin (Pas-de-Calais)

De la

Thérapeutique antisyphilitique

en Dermatologie

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Léonce FOURNIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Brest

Né le 20 janvier 1913 à Ouve-Wirquin (Pas-de-Calais)

De la
Thérapeutique antisyphilitique
en Dermatologie

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

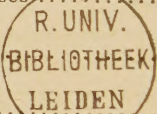
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
BARIETY Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin), Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLJARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
FUNCK Pathologie chirurgicale
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
DE GENNES Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-Laryng.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LARVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX Pathologie chirurgicale
MOLLARET Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale
TROISIER Pathologie expérimentale
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY BERT Physiologie.
GUÉNOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgic.
LE LORIER Obstétrique.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 FONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.

MM.
 SEZARY Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 RUPPE..... Stomatologie.
 WEILL-HALLE ... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PUBLICATIONS ANTERIEURES

1. « Radiothérapie sympathique. Réponse de l'organisme à des doses infimes », En collaboration avec MM. J. Gouin et A. Bienvenue. (*Bull. Soc. de radiologie*, Mars 1937, p. 226 ; *Soc. de radiologie de l'Ouest*, 31 janvier 1937).

2. « Méthode de traitement par l'emploi simultané des sels d'or et des antisypilitiques ». En collaboration avec MM. J. Gouin, A. Bienvenue et Decaen. (*Bull. Soc. Fr. Dermatologie*, novembre 1937).

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
C. COCQUEMPOT

Dont la vie de travail et de
dévouement sera pour moi
le meilleur des exemples.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FILS

Enlevés si rapidement à mon
affection.

A MA MÈRE

En hommage de piété filiale.

A MON ONCLE E. COCQUEMPOT
ET
A MA TANTE A. COCQUEMPOT

En témoignage de reconnais-
sance.

A MA CHÈRE FEMME

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de clinique des maladies
cutanées et syphilitiques.*

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.

Qu'il veuille bien recevoir
l'hommage respectueux de
toute notre gratitude.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GOUIN

Médecin des hôpitaux de Brest
Directeur du centre antivénérien

Qui pendant mon stage d'interne dans son service de dermatologie fut pour moi un maître très dévoué.

Il m'a fourni le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses conseils,

En témoignage de reconnaissance et de respectueux attachement.

A M. LE PROFESSEUR LE DAMANY

*Professeur de clinique médicale
à l'Ecole de médecine de Rennes*

Dont nous avons été l'externe.

A M. LE PROFESSEUR CHEVREL

Professeur à l'école de médecine de Rennes

Dont nous avons été l'externe.

A M. LE DOCTEUR POULIQUEN

*Chirurgien de l'Hôpital civil de Brest
Membre. correspondant national
de la Société de chirurgie*

Dont nous avons été l'Interne.

A M. LE DOCTEUR BIENVENUE

Vifs remerciements.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAITRES DES HOPITAUX
CIVILS ET MARITIMES DE BREST

INTRODUCTION

Ayant été pendant un an interne dans le service de dermatologie du Docteur Gouin à Brest, nous avons été témoin de l'emploi fréquent des antisypilitiques dans des dermatoses variées et les avons employés nous-même.

Il n'est pas question évidemment dans notre thèse de manifestations syphilitiques vraies ni même dans nos observations de dermatoses chez des sujets manifestement syphilitiques.

Ces dermatoses sont très diverses ; si les unes répondent à une classification bien déterminée, d'autres constituent plutôt des affections à cadre nosologique mal délimité.

N'étant pas dermatologiste nous n'essaierons pas d'en donner une classification raisonnée.

Dans notre travail nous avons pris un classement qui correspond beaucoup plus à un plan, d'ordre thérapeutique.

Nous avons seulement pour but d'apporter ici une série de faits qui permettent de juger la valeur

de la thérapeutique antisypilitique dans des dermatoses variées et les réflexions qu'elle nous suggère.

C'est dire que nous négligeons toute considération sur l'étiologie de ces différentes affections cutanées ou sur le mécanisme pathogénique du traitement antisypilitique dans ces dermatoses.

Les raisons qui ont déterminé le Docteur Gouin à étendre le traitement antisypilitique à nombre de dermatoses sont les suivantes :

1° Il y a des dermatologistes qui ont employé le traitement spécifique dans beaucoup de ces dermatoses.

2° Il y a des dermatologistes qui ont invoqué le facteur syphilitique dans l'étiologie de beaucoup de ces dermatoses.

3° Enfin dans le service on emploie couramment un test qui a pour but de rechercher le terrain syphilitique et de diriger la thérapeutique antisypilitique. C'est la leucocyto réaction. Il était donc logique que son promoteur l'utilisât en dermatologie.

Nous allons comparer ici les résultats thérapeutiques rapportés par les différents auteurs et ceux que l'on obtient dans le service.

Notre travail sera divisé de la façon suivante en trois points principaux :

1° Dans un premier chapitre nous étudierons le lichen plan car il se distingue des autres dermatoses par les résultats thérapeutiques.

2° Dans un deuxième chapitre nous envisagerons les dermatoses où le traitement antisiphilitique est employé assez couramment et avec plus ou moins de succès.

3° Dans un troisième chapitre nous traiterons les dermatoses où le traitement antisiphilitique n'est pas habituellement employé.

Ce travail étudie l'application du traitement antisiphilitique dans le lichen plan, le lupus érythémateux, les tuberculides, le psoriasis, la pelade, les tuberculoses cutanées.

Nous dirons quelques mots de l'érythème polymorphe avant d'étudier l'ichtyose et quelques cas d'eczémas, de chéloïdes et d'acnés ; un cas de lèpre, deux cas de panaris de Morvan et Botriomycomes.

Nous avons été d'abord tenté de faire notre thèse sur le traitement des tuberculoses cutanées, ou de la pelade, ou de l'ichtyose mais c'eut été répéter à peu près exactement ce qu'ont écrit sur ces sujets connexes :

1° Notre prédécesseur dans le service, le Docteur Le Bigot sur le traitement du lichen plan ;

2° Nos condisciples qui ont suivi le service pendant que nous y étions interne :

le Docteur Cren qui a traité des sels d'or en tuberculose cutanée ;

le Docteur Decaen sur le traitement du lupus érythémateux ;

et le Docteur Uguen dans le psoriasis.

Il nous a semblé qu'il était plus intéressant de donner une vue d'ensemble sur le traitement anti-syphilitique dans les dermatoses en général; en insistant sur celles qui ont été étudiées dans le service sans qu'elles aient donné lieu à des publications particulières : tuberculoses cutanées, ichtyose, pelade.

Avant de commencer l'exposé de cette thèse, nous nous excuserons tout d'abord si notre bibliographie est incomplète.

Etant en province et loin des bibliothèques nous n'avons pu compiler que les *Annales de dermatologie et syphiligraphie* depuis 1911, le *Bulletin de la société de dermatologie et syphiligraphie* depuis 1912 et quelques livres notamment : *La nouvelle pratique dermatologique* (1936); *la dermatologie en clientèle* du Professeur Gougerot, le *Précis de dermatologie* de J. Darier, *La dermatologie pratique* de L. Brocq...

Quelques thèses et articles (Clément SIMON...) et les études du Professeur Sergent en particulier sur la scrofule...

CHAPITRE PREMIER

LE LICHEN PLAN

C'est avec intention que nous faisons du lichen plan une classe à part.

On voit appliquer dans son traitement les anti-syphilitiques.

1^o l'arsenic fut employé surtout depuis Hébra et Kaposi. Peut-être est-ce pour cela qu'il fut le premier utilisé sous la forme des grands arsenicaux.

Carle en 1912 traita avec succès un malade par l'énésol. « En un mois le résultat fut remarquable » dit-il (*R.* Strasbourg, 14 juin 1927), mais il s'agissait là d'un malade syphilitique.

De nombreux auteurs parmi lesquels Queyrat et Rabut, Buschke, Freï, Pautrier, Milian. Gaté et Gougerot utilisèrent le novarsénobenzol :

Ils constatèrent que le novar guérit assez souvent le lichen plan mais chose curieuse au cours d'un traitement antisyphilitique, chez un syphilitique, apparaîtrait quelquefois un lichen plan typique.

Carle en 1927 donne 5 cas de guérison par l'arsenic,

dont deux chez des anciens syphilitiques et trois chez des hérédosyphilitiques.

Il pense que l'arsenic agit comme antisypilitique car on n'obtient pas les mêmes résultats avec les cacodylates et les méthylarsinates.

Audry en 1927 préconisa l'acétylarsan et le considéra comme médicament spécifique du lichen plan ».

En 1927 également, Hufschmidt utilisa avec succès dans trois cas le tréparsol et dans un cas le stovarsol.

La statistique de Burnier et Jeanselme donnée à la *R. dermat.* de Strasbourg en 1927 montre que l'on obtient des succès, des améliorations et des échecs.

« a) par le novar :

« sur 56 malades ayant subi le traitement arsénobenzolique progressif (0,15 à 0,75) :

« nous avons noté, disent-ils, 17 guérisons de lichen cutané après une série (30,4 %),

« 17 guérisons de lichen cutané et buccal après une série et une guérison après deux séries (32,2 %),

« 1 guérison de lichen buccal seul après une série (1,8 %).

« Dans 8 cas il n'y eut que des améliorations de l'élément cutané et du prurit, 4 fois après une série et 4 fois après deux séries (14,1 %).

« Dans 9 cas on constata des récurrences malgré une, deux ou trois séries d'arsénobenzol et cela surtout dans le lichen buccal (16 %).

« Dans 3 cas l'échec fut complet et dans ces 3 cas il s'agissait de lichen buccal (5,3 %).

« b) Par l'acétylarsan :

« 4 cas furent traités par cette médication.

« Il y eut : 2 guérisons de lichen cutané.

« 2 améliorations de lichen buccal ».

On sait que Petges est également partisan de l'acétylarsan.

Sezary a traité 39 malades par le stovarsol mais seuls 28 furent suivis ; il y eut 25 succès et 3 échecs dont 2 complets et 1 partiel.

Ce pourcentage est splendide c'est semble-t-il le plus beau que l'on ait publié.

2° « Le bismuth ne fut employé qu'accidentellement avant 1930 comme traitement du lichen plan » notamment dans deux cas de Carle en 1927 : dans le premier cas il s'agit d'un hérédosyphilitique guéri en six semaines par le quinby, dans le deuxième cas il s'agit plutôt d'une « parakératose lichénoïde » qui guérit par 15 injections d'hydroxide de Bi avec « syphilis très probable ».

Carle qui venait de guérir 5 lichen plan par l'arsenic, nous l'avons vu plus haut, dont deux chez des syphilitiques acquis et 3 chez des hérédos, se demande si dans le lichen plan il n'y aurait pas « quelquefois » ... « un terrain syphilitique ancien, méconnu ou héréditaire ».

C'est nous semble-t-il la première fois que l'on ait songé à une hérédité syphilitique dans le lichen plan.

En décembre 1931, MM. Gouin, Bienvenue et Desaunay apportent à la Société de dermatologie 11 observations de lichen plan dont 6 cas traités et guéris par le Bi (les autres guéris de même par différents autres antisyphilitiques) mais ici étalonnés au préalable par la leucocyto-réaction dans tous les cas.

En 1932 « Grossmann apporte 14 cas de lichen plan guéris sur 15 cas traités par la salicylate de bismuth ».

« Depuis d'autres auteurs ont signalé qu'ils avaient eu recours au bismuth ».

En 1933, Burgess présente 10 cas traités par le bismuth et devant les bons résultats obtenus il conclut que le bismuth améliore toujours le lichen plan.

« Enfin dans nos observations on verra qu'il nous est arrivé d'utiliser également le mercure employé du reste de façon courante en Amérique ». (Cf. Thèse Le Bigot, p. 16).

Liveing et G. Lusk en 1901 employèrent avec succès le bichlorure de Hg. *per os* et Malcolm Morris, en 1900, en Angleterre, utilisait de préférence à l'arsenic le bi-iodure de Hg. *per os*.

En France, c'est donc par les grands arsenicaux, qui se trouvent être, comme par hasard, des antisyphilitiques, qu'on a traité d'abord le lichen plan, et

cependant aucun autre antisyphilitique n'avait été employé avant 1931.

Notons à nouveau que c'est peut-être parce que les petits arsenicaux avaient été utilisés autrefois que les grands arsenicaux furent employés les premiers dans le traitement du lichen plan.

L'énésol employé par Carle l'avait été à titre d'arsenical à la suite d'un article de Sabouraud sur l'emploi de l'énésol dans le psoriasis ; chez un syphilitique.

De même si le bismuth avait donné deux résultats avec Carle en 1927 il s'agissait dans un cas d'hérédo, porteur de lichen plan et dans l'autre cas d'un syphilitique « très probable ».

Il était donc curieux malgré les succès réels de ces grands arsenicaux de ne pas voir utiliser les autres antisyphilitiques.

Il était assez logique de penser que les autres antisyphilitiques pouvaient donner des résultats tout comme les grands arsenicaux et c'est pourquoi dans le service on emploie systématiquement n'importe quel antisyphilitique dans le traitement du lichen plan ; mais on n'utilise pas n'importe quel antisyphilitique dans n'importe quel cas.

L'antisyphilitique que l'on utilise est toujours choisi au moyen de la méthode connue sous le nom de *leucocyto-réaction*.

Quelles que soient les idées, et nous n'avons pas à les analyser ici, qui aient guidé les auteurs dans le traitement de lichen plan par les grands arsenicaux qui sont des antisiphilitiques, un fait subsiste :

Ils ont des succès et des échecs.

Pour les auteurs brestois, quels ont été les résultats?

Le sujet de notre thèse n'étant pas le traitement du lichen plan nous ne pouvons mieux faire que de citer ici la thèse de notre prédécesseur immédiat dans le service, le Docteur Le Bigot (Paris 1936).

Voici donc la *conclusion* de sa thèse concernant l'emploi et la valeur des antisiphilitiques dans le lichen plan.

« Lorsque les antisiphilitiques ont donné une hyperleucocytose à la deuxième heure, ils ont toujours guéri le lichen plan ».

« Lorsque les antisiphilitiques ont donné une réaction en leucopénie, ils ont un effet nul ou aggravant sur le lichen plan (immédiatement ou tardivement) ».

« Le sens de l'évolution thérapeutique » a donc été lié « au sens des réactions leucocytaires ».

« L'hyperleucocytose faisant partie du processus de guérison et la leucopénie faisant partie du processus nuisible ».

Dans le service de l'hôpital de Brest, on utilise pour

le traitement du lichen plan n'importe quel antisyphilitique (arsenic, bismuth, Hg.), sans donner la préférence de principe à l'un d'entre eux et on obtient toujours la disparition du lichen plan, quand la leucocyto-réaction est positive à l'antisyphilitique employé.

Par contre, les autres auteurs qui ont utilisé les antisyphilitiques ne peuvent apporter des résultats constants, et cependant ils ont employé comme nous divers antisyphilitiques dans le traitement du lichen plan, et nous expliquons leurs échecs de la façon suivante :

Ils n'emploient pas la leucocyto-réaction, donc ils ne savent pas si le médicament antisyphilitique utilisé, provoque une hyperleucocytose ou une leucopénie qui est le facteur accompagnateur de succès ou d'échecs ; or, puisque nous avons constaté que chaque fois qu'il y avait leucopénie avec un médicament antisyphilitique le traitement du lichen plan par ce médicament échouait ; il est donc logique de conclure que les échecs constatés par les différents auteurs sont sous la dépendance d'une leucocyto-réaction négative qui n'a pas été recherchée.

En conclusion :

1° La leucocyto-réaction positive explique les succès et la leucocyto-réaction négative explique les

échecs des différents auteurs qui ont utilisé les antisypilitiques dans le traitement du lichen plan.

2° Nous avons donc raison de faire une classe à part pour le lichen plan, car dans le service il disparaît toujours par un antisypilitique étalonné.

3° Ceci ne veut pas dire nécessairement que le lichen plan soit sypilitique « mais qu'il peut s'agir soit d'une parasypilis, soit d'une dermatose se développant sur un terrain sypilitique » (Gouin et Bienvenue).

4° Quant à cette question de preuve thérapeutique, nous n'avons pas l'autorité suffisante pour l'accepter ou la rejeter ; mais nous rappellerons seulement la position de Sergent dans son livre *Syphilis et Tuberculose* (p. 115).

« Je n'hésite pas à préférer les résultats du traitement d'épreuve à ces divers moyens d'exploration » (laboratoire, etc...) et c'est la même idée qui inspire les auteurs brestois depuis des années dans leurs systèmes thérapeutiques, et nous avons pu constater la valeur pratique de cette théorie.

Pour nous il reste donc que le traitement antisypilitique étalonné par la leucocyto-réaction constitue le traitement de choix du lichen plan.

CHAPITRE II

Dans ce chapitre, nous classerons les dermatoses où l'on utilise assez couramment les antisyphilitiques, à savoir : le lupus érythémateux, les tuberculides, le psoriasis, la pelade et les tuberculoses cutanées vraies, lupus tuberculeux.

I. LE LUPUS ERYTHÉMATEUX

Nous donnons la priorité au lupus érythémateux parce que c'est la dermatose dans laquelle après le lichen plan les dermatologistes emploient le plus volontiers le traitement antisyphilitique. A ce point de vue, la comparaison entre ces deux dermatoses est intéressante.

Dans le lupus érythémateux, le traitement antisyphilitique fut utilisé en prévision d'une étiologie syphilitique possible, et ce ne sont pas les séro-réactions, mais les résultats thérapeutiques qui ont mis sur la voie d'une étiologie syphilitique dans cette affection.

A l'inverse, dans le lichen plan, on ne semble pas avoir songé, en France du moins, à la possibilité d'une étiologie syphilitique bien que l'on ait employé avec succès, dans son traitement la thérapeutique anti-syphilitique.

Milian pense encore à une étiologie tuberculeuse et MM. Gouin et Bienvenue sont les premiers à avoir « soutenu la *nature syphilitique constante* du terrain sur lequel évolue le lichen plan ». En un mot il semble que les auteurs n'aient pas admis la preuve thérapeutique dans le lichen plan alors qu'elle leur a paru valable en lupus érythémateux.

Cette remarque étant faite, voyons ce que les différents auteurs ont écrit sur les rapports de la syphilis et du lupus érythémateux et sur le traitement spécifique dans cette dermatose.

Brocq dans ses cliniques en 1907 (p. 261) considérant le lupus érythémateux comme un « syndrome objectif » envisageait comme étiologie possible aussi bien la syphilis que la tuberculose et il écrit : « Pour quel motif n'admettrait-on pas la syphilis comme une de ces causes » et il insiste sur la valeur du traitement antisiphilitique.

En 1913, Ravaut et Pautrier étaient du même avis. Sezary et Benoist à la Société de dermatologie le 9 juin 1927 font un aperçu historique du traitement antisiphilitique dans le lupus érythémateux. « Sans

parler du cas de Boas en 1922 ou l'affection céda au Hg. et à l'iodure, le 914 provoqua la guérison chez des malades de Ravaut (1913) Tzanck et Pelbois (1914), Devoto (1925), Hudelot et Rabut, Jeanselme et Burnier, Ravaut et Boccage (1926) » et Watrin en 1927.

Le bismuth fut utilisé avec succès en 1926 dans un cas de Hudelot et Rabut ; en 1927, dans un cas de Lortat-Jacob et Legrain, dans deux cas de Sezary et Benoist, et dans 4 cas de Barbaglia (dont l'un chez un syphilitique).

En 1931, les russes Jakobson et Barkoff donnent deux succès par le bijochinol (quinby russe) chez des malades à B. W. négatif.

Remarquons qu'en 1927 et 1928 à la Société de dermatologie se produit une curieuse évolution des idées sur la valeur de la preuve thérapeutique en *lupus érythémateux*.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ce qui fut écrit sur ce sujet :

Dans une publication sur « l'action remarquable du traitement bismuthique dans deux cas de *lupus érythémateux* », à la Société de dermatologie, le 9 juin 1917, MM. A. Sezary et F. Benoist écrivaient « ... La nature du *lupus érythémateux* est actuellement vivement discutée. Parmi les arguments que l'on peut faire valoir pour défendre telle ou telle théorie, quelques auteurs attribuent au traitement d'épreuve

une valeur fort importante, parfois même absolue.

« Or, depuis quelques années, on a publié un certain nombre d'observations où l'on a vu le lupus érythémateux guérir sous l'influence d'un traitement spécifique...

« ... On peut cependant objecter que l'arsenic qui n'agit que lentement sur le lupus érythémateux est un médicament qui peut guérir aussi bien des lésions bacillaires de la peau, et que la réaction de Wassermann n'est pas strictement spécifique.

« La première objection n'existerait plus si la guérison était obtenue avec le bismuth. Or, c'est ce qu'ont constaté dans un cas MM. Hudelot et Rabut, et dans un autre MM. Lortat-Jacob et Legrain.

« A ces deux faits cliniques, nous pouvons aujourd'hui ajouter deux observations analogues... ».

C'était, semble-t-il, la consécration de la « preuve thérapeutique »... Mais le 8 mars 1928, M. A. Sesary faisait, à la même société, au sujet du « traitement bismuthique du lupus érythémateux », les remarques suivantes :

« En l'absence de données pathogéniques précises sur la nature de l'affection nous supposons que le bismuth provoque un changement des conditions biologiques générales de l'organisme, à la faveur duquel survient la guérison ».

Et M. Ravaut remarquait que : «... Sans vouloir

trancher par ces résultats thérapeutiques la nature du lupus érythémateux, il n'en reste pas moins ce fait que les médicaments de la série antisyphilitique peuvent agir efficacement chez quelques malades pour lesquels, faute de preuve de l'infection évidente, il s'agit d'un terrain spécifique modifié par ces traitements ».

Ravaut admettait donc la preuve thérapeutique comme démontrant, non pas la nature syphilitique du lupus érythémateux, mais l'existence d'un terrain syphilitique chez le malade (Cf. Thèse Decaen, p. 12 et 13).

A partir de ce jour, il semble que personne n'ait plus invoqué le traitement d'épreuve comme preuve valable de l'étiologie syphilitique du lupus érythémateux.

Donnons maintenant quelques statistiques.

a) Par le novar : en 1926, Ravaut et Boccage sur 17 malades ayant subi réellement le traitement antisyphilitique par le 914 obtenaient :

- 7 disparitions complètes.
- 4 disparitions presque complètes.
- 4 améliorations importantes.
- 2 échecs.

« A côté des cas heureux, Von Zumbusch apporte des échecs et Sainz de Aja des aggravations » (Cf Thèse Le Bigot).

b) Par le stovarsol.

En 1933, Volk, sur 44 malades traités par le spirocid (Stovarsol) apporte 16 guérisons, 19 améliorations, 3 échecs et 2 intolérants ; les 4 autres malades furent traités par le Bi avec des résultats encourageants.

2° Avec le bismuth.

A l'heure actuelle, beaucoup de dermatologistes semblent donner la préférence au bismuth, cependant en 1930, Kany dans sa thèse sous la direction de Petges a observé sur 75 cas traités par le Bi :

27 guérisons sans récurrence soit 36 %

26 améliorations importantes soit 34 %

2 améliorations légères soit 2,5 %

10 guérisons avec récurrence soit 13,4 %

10 échecs soit 13,4 %

Le Baron dans sa thèse (Paris 1932) donne une statistique un peu plus favorable mais le Professeur Pautrier fait remarquer que si la statistique de Le Baron est supérieure en succès, cela tient au contrôle sévère exercé par Petges dans ses résultats.

En octobre 1934, l'Anglais Smith apporte une statistique sensiblement identique aux précédentes ; de plus :

« Nicolas, Lacassagne et Rousset notent sur 17 malades : 7 guérisons, 3 guérisons avec récurrence, 7 grandes améliorations, et Mac Kenna sur 24 cas considère un quart comme guéris, un quart amélioré presque

guéris et la moitié en progrès sensible » (*Nouv. Prat. Derm.*).

D'après la pratique des différents auteurs on voit que la thérapeutique antisypilitique est justifiée dans le lupus érythémateux. De plus le Professeur Pautrier écrit en parlant du Bi :

« Les résultats obtenus sont certains et efficaces, la difficulté consiste à les apprécier exactement surtout lorsqu'il s'agit de les exprimer sous forme de statistique.

« Lorsqu'on lit, ajoute-t-il, les appréciations et les épithètes que les différents auteurs appliquent à leurs cas et à leurs statistiques on fait immédiatement les réflexions que Petges a excellemment formulées dans son rapport : que faut-il entendre par demi succès, améliorations, guérison avec récurrence, amélioration importante, améliorés presque guéris ? ».

« Elles permettent d'apprécier plus le coefficient personnel des auteurs qui ont dressé les statistiques que la vérité absolue ; question d'appréciation plutôt que de réalité.

Que convient-il encore de « penser des guérisons suivies de récurrence et même des guérisons tout court ? il est certain que le terme de blanchiment serait plus exact. Le mot de guérison a dû dans la plupart des cas, être employé à la fin d'une cure, devant la disparition plus ou moins complète des lésions. Mais

combien de temps a-t-elle persisté ? A-t-on fait un contrôle ultérieur et combien de temps après la cessation du traitement ? Les statistiques sont en général muettes sur ce point capital. Or, il faut bien savoir qu'en matière de lupus érythémateux, le mot de guérison ne devrait être employé qu'après deux ou trois ans d'observation ; jusque-là on ne peut guère parler que de blanchiment ».

Ce que dit le Professeur Pautrier en parlant du Bi nous semble s'appliquer sans changement à tous les antisiphilitiques.

Chacun des antisiphilitiques employés compte à son actif des succès et des améliorations, mais aussi des échecs ; même avec le bismuth qui est cependant préconisé comme étant plus favorable que les autres antisiphilitiques dans le lupus érythémateux.

Toutefois, nous sommes surpris que parmi les antisiphilitiques utilisés dans le lupus érythémateux on n'ait fait appel qu'au novarsenobenzol, au stovarsol et au bismuth.

En 1922, Boas utilisa le Hg. et l'iode mais le malade était syphilitique.

Pourquoi ces trois médicaments « ont-ils eu les honneurs de l'essai à l'exclusion des autres arsenicaux et mercuriaux ? (Cf. thèse Decaen) ».

Ne pouvait-on penser qu'il pouvait y avoir également résistance à un antisiphilitique en lupus.

érythémateux comme en syphilis ? et comme en lichen plan ?

De plus « pourquoi n'a-t-on pas songé à employer simultanément ces médicaments ce qui est chose courante en syphilithérapie ? » (Thèse Decaen).

Devant le manque de constance des résultats on était en droit de penser que l'emploi d'autres anti-syphilitiques ou l'emploi combiné de plusieurs anti-syphilitiques aurait peut-être pu améliorer le pourcentage des succès . C'est du reste ce que l'on a expérimenté à Brest dans le service de dermatologie où l'on emploie, suivant les cas, toute la gamme des antisiphilitiques ; et nous l'avons fait nous-même pendant notre internat.

Mais cet emploi des antisiphilitiques se fait exclusivement sous le contrôle de la leucocyto-réaction. Malgré cela les résultats ne sont pas meilleurs que ceux obtenus par les autres auteurs.

Si l'on s'en réfère aux travaux de MM. Gouin et Bienvenue sur le lupus érythémateux, résumés dans la thèse du Docteur Decaen qui suivait le service alors que nous y étions interne, nous voyons qu' « un terrain syphilitique se rencontre toujours chez un porteur de lupus érythémateux ».

Si cette affirmation des auteurs brestois est vraie, comment se fait-il dès lors qu'ils n'aient pas eu en lupus érythémateux comme en lichen plan un résultat

thérapeutique de 100/100 par le traitement antisypilitique seul ?

Cela tient à ce que dans le lupus érythémateux à côté du terrain syphilitique, il y a un terrain tuberculeux.

Cette affirmation des auteurs brestois n'a pas été faite à priori. Elle résulte de nombreuses observations tant dans le lupus érythémateux que dans les tuberculoses cutanées et repose comme le dit le Docteur Gouin sur ce que l'étude des antécédents est plus facile en Bretagne qu'ailleurs : c'est sur 8, 10 enfants et plus que l'on table souvent pour les antécédents directs et l'on devine quelle est la richesse de documentation que l'on peut trouver tant au point de vue paternel que maternel, quand les parents peuvent donner eux-même des renseignements.

De plus la leucocyto-réaction vient confirmer l'existence du terrain syphilitique qu'il soit décelé ou non par l'examen clinique (antécédents et stigmates).

Il est donc logique de penser que pour obtenir la guérison de lupus érythémateux, il est nécessaire de traiter simultanément ces deux terrains.

Cette question du traitement mixte a déjà été développé dans la thèse du Docteur Decaen et du reste le traitement du lupus érythémateux ne faisant pas partie de notre thèse nous concluons, d'après les statistiques des différents auteurs et les résultats

obtenus dans le service, que le traitement antisypilitique employé seul dans le lupus érythémateux amène quelquefois une disparition qui souvent n'est pas durable, qu'il peut y avoir quelquefois une amélioration mais que bien souvent il n'y a aucun changement.

On ne peut donc considérer le médicament antisypilitique (qu'il s'agisse même du Bi) comme un traitement rationnel du lupus érythémateux fut-il même utilisé avec un leucocyto-réaction positive.

C'est exactement la conception du Docteur Gouin et il ajoute que « l'emploi d'un antisypilitique dans le lupus érythémateux ne constitue que le premier temps du traitement de cette dermatose ».

Et nous citerons ici les *conclusions de la thèse Decean* (p. 74 et 75) faite également dans le service.

« A la fin de ce travail nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes. Elles sont de deux ordres : pathogéniques, thérapeutique.

I. *Pathogénique* : 1° Un terrain sypilitique se rencontre toujours chez un porteur de lupus érythémateux.

2° Un terrain tuberculeux se rencontre toujours chez un porteur de lupus érythémateux.

3° La distinction de ces deux terrains est confirmée et affirmée par l'emploi de la leucocyto-réaction aux antisypilitiques pour le terrain sypilitique, aux sels d'or pour le terrain tuberculeux.

Cette distinction ne préjuge nullement de la nature du lupus érythémateux, mais seulement des terrains sur lesquels celui-ci se développe.

II. *Thérapeutique* : 1° Un antisyphilitique ne doit pas être employé seul pour soigner le lupus érythémateux ; s'il peut guérir quelquefois, il est souvent inactif, même choisi par la leucocyto-réaction.

2° Un sel d'or ne doit pas être employé seul pour soigner le lupus érythémateux ; s'il peut guérir quelquefois, il est souvent inactif, même choisi par la leucocyto-réaction.

3° Lorsqu'un sel d'or n'a pas donné une réaction positive chez le malade on peut obtenir cette positivité par une réactivation.

4° L'emploi simultané d'un antisyphilitique positif et d'un sel d'or positif constitue le traitement rationnel du lupus érythémateux. Il fait disparaître le lupus érythémateux et restreint les accidents qu'on a coutume d'observer au cours des thérapeutiques auriques.

On peut obtenir les mêmes résultats à condition qu'on applique la même méthode. Mais, il ne s'agit pas de la même méthode, et l'on ne recueillerait pas les mêmes résultats, si on en retenait seulement la première condition, l'association simultanée, en négligeant systématiquement la seconde, la leucocyto-réaction ».

II. LES TUBERCULIDES

Nous étudierons maintenant les tuberculides, car elles se comportent vis-à-vis de la thérapeutique antisyphilitique à peu près comme le lupus érythémateux.

Nous éliminons volontairement la question des sarcoïdes de Bœck car c'est un sujet brûlant en 1939 et du reste nous n'en avons jamais vu.

Nous n'envisagerons ici que les résultats thérapeutiques obtenus par traitement antisyphilitique dans les cas les plus fréquemment rencontrés à Brest, c'est-à-dire érythème induré de Bazin et tuberculides papuleuses et papulonécrotiques.

Il semble que ce soit Ravaut qui ait utilisé pour la première fois le traitement antisyphilitique dans des « tuberculides diverses » :

En effet, le 5 juin 1913 il a présenté deux malades à la Société de dermatologie et les observations des deux autres malades atteints : le premier de syphilis et de tuberculides papulo-nécrotiques ;

le deuxième de syphilis et d'érythème induré de Bazin ;

le troisième de tuberculides papulo-nécrotiques et d'angiolupoïdes du nez sans syphilis ;

le quatrième de lichen scrofulosorum sans syphilis.

Chez tous les quatre les lésions cutanées ont été très rapidement améliorées par les injections de néosalvarsan. Le B. W. négatif dans le 3^e cas, avant le traitement, était positif après.

La même année Ravaut publiait cinq autres observations que nous résumerons ci-dessous.

L'observation I correspond à un lichen scrofulosorum amélioré par le néosalvarsan, quoique le B.W. fut négatif et que le malade ne présentât pas de stigmates de syphilis héréditaire.

Dans l'observation II il s'agit d'un érythème induré de Bazin où après échec du cyanure de Hg. le néo réussit à supprimer les lésions « Aucun stigmate de syphilis » chez ce malade.

L'observation III se rapporte à un érythème induré de Bazin, à B. W. négatif. « Pas de signes de syphilis », le néosalvarsan donne une guérison des lésions nodulaires.

A l'observation V la malade à un B. W. +, elle présente un angiolupoïde qui cicatrise après une série de néo.

A l'observation VI la malade présente en octobre 1912, un lupus érythémateux de la figure peu étendu guéri par la neige carbonique et en mai 1913, le lupus reparaît sur la figure, très étendu cette fois avec des tuberculides papulo-nécrotiques sur les deux faces

des mains, B. W. positif, guérison par le néo.

Après cet exposé Ravaut conclut (*Annales* 1913, p. 74) « les 4 observations précédemment publiées » et celles « que nous venons de rapporter m'autorisent à dire que :

Les injections de néosalvarsan ont eu une action rapidement efficace, dans trois cas de tuberculides papulo-nécrotiques, dans deux cas d'angiolupoïdes..., une action rapidement efficace dans deux cas d'érythème induré relativement peu étendus et bien moins rapidement efficace dans un cas d'érythème induré ulcéré et étendu.

Enfin une action lentement efficace dans un cas de lichen scrofulosorum et nulle dans un autre cas.

Ajoutons que la R. de B. W. a été « constamment négative dans deux cas d'érythème induré et dans deux cas de lichen scrofulosorum ». Elle était positive dans les autres cas.

Remarquons que Milian considère le lichen scrofulosorum comme syphilitique.

Mlle. Lavergne dans sa thèse (Paris 1914) inspirée par Ravaut aboutit aux mêmes conclusions que son maître dans la partie qui se rapporte aux tuberculides à savoir l'influence favorable du néo dans les tuberculides.

En 1914, Tzanck et Pelbois publièrent leur observation à propos du traitement des tuberculoses cutanées

et des tuberculides par le néosalvarsan. Ils eurent des succès en ce qui nous intéresse dans deux tuberculides papulo-nécrotiques, deux lichen scrofulosorum et un érythème induré de Bazin, et ils concluent : « Nos résultats thérapeutiques ont été variables, quelquefois très bons, souvent moins impressionnants, jamais nuisibles ».

En 1923, Milian et Perrin présentent une malade hérédosyphilitique atteinte d'adénité inguinale cliniquement tuberculeuse avec tuberculides papulo-nécrotiques, acnitis et lichen scrofulosorum.

En 1930 Louste, Thibeaudeau et Cailleau présentent un lichen scrofulosorum chez un hérédosyphilitique qui fut intolérant au sulfar.

Enfin en 1936 le Professeur Pautrier écrit (*Nouv. Prat. dermat.*) :

« Les injections de calomel ont joui longtemps d'une vogue incontestée surtout dans la cure des tuberculides papulo-nécrotiques et de l'érythème induré de Bazin. Elles peuvent donner des résultats certains même dans les cas où il n'y a aucun facteur de syphilis sous-jacente, par ailleurs il ajoute que les sels de Hg. et de Bi donnent des résultats variables dans le traitement des tuberculides ».

A Brest, dans le service dermatologique, le traitement antisiphilitique est utilisé également depuis

longtemps dans les tuberculides, et l'on peut tenir ici, au sujet de la recherche du terrain syphilitique, et de son traitement dans les tuberculides le même raisonnement que dans le lupus érythémateux : l'aspect des lésions, les antécédents et les stigmates y font penser, la leucocyto-réaction confirme les données cliniques et dans les *cas douteux* le Docteur Gouin admet qu'elle décèle toujours le terrain syphilitique.

Ces cas douteux comprennent les cas où la syphilis n'est pas décelable, soit cliniquement soit par les réactions biologiques actuelles. Il ne paraît pas scientifique d'affirmer l'absence de syphilis parce qu'elle n'est pas décelable ; c'est-à-dire que la syphilis est inexistante parce qu'elle est inapparente.

De plus puisque l'on n'a pas obtenu à Brest de résultats plus favorables que les autres auteurs avec le traitement antisiphilitique, même basé sur la leucocyto-réaction on a été conduit, dans le service, à rechercher le terrain tuberculeux et à le traiter.

Cependant, dans le groupe des tuberculides, les tuberculides papulo-nécrotiques, les tuberculides papuleuses généralisées, obéissent beaucoup mieux que les autres lésions au traitement antisiphilitique et souvent on les voit disparaître sans qu'on soit obligé d'avoir recours au traitement mixte ; mais comme dans le lupus érythémateux, on les voit récidiver

fréquemment après le seul traitement antisyphilitique.

C'est pourquoi l'on fait dans les tuberculides le traitement mixte, quand il est possible de le faire, soit quand il y a récédive, soit quand on a pu persuader la malade qu'il y aura récédive.

L'étude de ce traitement mixte ne faisant pas partie de ce travail, nous renvoyons à la thèse du *Docteur Cren* (Paris 1937) qui a été faite également dans le service, et nous citerons ici seulement ses *conclusions* :

« 1° Dans les tuberculoses cutanées vraies et dans les tuberculides, la première condition d'action d'un sel d'or, c'est qu'il détermine une réaction de l'organisme se traduisant par une hyperleucocytose à la deuxième heure. Cette condition n'est pas toujours suffisante, de plus, elle peut manquer, il faut la rechercher et l'obtenir.

Un sel d'or déterminant une réaction de l'organisme se traduisant par une leucopénie ne donne donc pas la guérison des tuberculoses cutanées ou des tuberculides.

2° L'extériorisation des lésions, grattage et exposition à l'air et à la lumière est le deuxième facteur nécessaire à l'action de l'or dans les tuberculoses cutanées et dans les tuberculides.

L'exposition complète du corps à l'air est souvent nécessaire dans les tuberculoses cutanées et dans les tuberculides généralisées.

3° Malgré la réalisation de ces deux conditions : hyperleucocytose et extériorisation des lésions, la chrysothérapie peut être inactive.

Il y a lieu de rechercher alors la présence d'un terrain syphilitique ou du moins d'un terrain qui réagit favorablement au traitement antisypilitique.

4° La recherche de ce terrain se fera au moyen de la leucocyto-réaction aux médicaments antisypilitiques.

5° Lorsque les tuberculoses cutanées et les tuberculides évoluent sur un terrain mixte, la leucocyto-réaction aux sels d'or, si elle est parfois d'abord négative devient en règle générale positive, après un traitement antisypilitique hyperleucocytosant ».

Disons que c'est la « réactivation de l'organisme au sel d'or » (Gouïn).

« 6° Lorsque les tuberculoses cutanées ou tuberculides évoluent sur un terrain mixte, on devra utiliser un traitement mixte : chrysothérapie et antisypilitique, lorsque ces deux médicaments auront donné une leucocyto-réaction positive.

7° Un sel d'or hyperleucocytosant et un médicament antisypilitique hyperleucocytosant peuvent être utilisés simultanément. Au contraire, si l'un ou l'autre de ces médicaments est leucopéniant, il ne doit être utilisé ni seul, ni en combinaison.

8° La cicatrisation des tuberculoses cutanées ou

la disparition des tuberculides peut être obtenue avec des doses minimales. Il y a certains signes d'alarme que l'on doit savoir interpréter pour arrêter parfois le traitement.

9° Le traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par les sels d'or et l'extériorisation des lésions diminue déjà le nombre des échecs observés.

Le traitement mixte par les sels d'or et les antisypilitiques employés simultanément permet de réduire encore ce nombre.

III. LE PSORIASIS

Le Docteur Uguen qui fréquentait le service alors que nous y étions interne a fait sa thèse sur le psoriasis : nous prendrons aux pages 14, 15, 16 de sa thèse une partie de l'historique du traitement spécifique dans cette affection cutanée.

De plus, nous apporterons notre contribution personnelle par l'examen de quelques cas de psoriasis observés et traités par nous pendant notre internat et les réflexions que ces cas nous ont suggérés.

« Nous savons que le traitement du psoriasis par les antisypilitiques est assez ancien :

En effet, au XIX^e siècle, la liqueur de Donovan Ferrari connut une célébrité expliquée par ses bons résultats.

Cette liqueur associait le Hg. l'arsenic et l'iode. Donavan Ferrari, ne pensait probablement pas au rôle possible de la syphilis dans l'étiologie du psoriasis ; mais il est curieux de constater déjà à cette époque l'association de deux antisypilitiques, idée à laquelle on ne reviendra que ces dernières années avec le psiothanol de Jausion.

Il faut attendre la fin du siècle dernier pour voir mis en pratique le traitement systématique du psoriasis par le mercure.

Brault en 1896 remarqua que des malades étaient blanchis par des injections d'oxyde jaune de Hg. mais que seules, les poussées aiguës bénéficiaient de cette thérapeutique.

Faivre en 1899 vint à bout, par le calomel, d'un psoriasis rebelle chez un malade traité pour une syphilis récente.

Brocq en 1907 constate que « les injections intramusculaires de calomel et d'oxyde jaune de Hg. semblent, aussi, exercer parfois une action curative des plus remarquables sur l'évolution du psoriasis et surtout de la forme arthropathique ».

C'est en 1911 que le traitement mercuriel connut sa plus grande vogue. Sabouraud, qui ne croyait d'ailleurs pas à l'étiologie spécifique du psoriasis commença l'énésol à la suite de circonstances fortuites.

Un psoriasique qui se croyait sypilitique fut

blanchi par l'énésol. Sabouraud voulut vérifier cette action de l'énésol, et, sur 12 malades traités, neuf furent grandement améliorés. Mais déjà en 1910, la découverte des grands arsenicaux avait modifié le traitement du psoriasis.

Azua en 1911 traite 12 malades par le 606 et n'observe que deux améliorations.

Carlos Da Silva apporte en 1912, 7 cas de guérisons par le salvarsan.

En 1922, Gougerot, préconise le Hg. et « plus tard, en 1923, Leredde qui s'est fait le grand défenseur de l'étiologie syphilitique du psoriasis obtient 6 blanchiments par le novar. « Je suis peut-être tombé sur une série heureuse » écrit-il toujours est-il que le novar a été abandonné par les autres dermatologistes.

De nouveaux essais avec d'autres composés arsenicaux ont été faits et Benech en 1927 blanchit par l'arsylène trois de ses malades.

L'avènement du Bi dans la thérapeutique anti-syphilitique devait avoir ses répercussions sur le traitement du psoriasis et Attilio Versari, en 1924, donne une statistique :

12 blanchiments sur 21 cas traités.

Mais c'est en 1927 que Debucquet, Jausion et Pecker après avoir constaté des résultats intéressants avec l'émétique arsenical de pyridine et l'oxydiéthylodiamino-isobutyrate de Bi employés séparément ont

associé ces deux médicaments par simple mélange sous le nom de *psothanol* pour essayer de réaliser un traitement spécifique du psoriasis ».

Jausion réussit à blanchir 15 malades et à stabiliser le blanchiment par des cures d'entretien. Nous pensons qu'il est « tombé sur une série heureuse » car en 1928 Burnier et Lotte ont répété les expériences de Jausion avec le *psothanol* :

Leurs résultats sont favorables dans l'ensemble mais moins brillants. Leur statistique porte sur 72 malades tous à B. W. négatifs :

Blanchiment total	21 %,
Grande amélioration	44 %,
Amélioration légère	23 %,
Echecs	12 %,
Récidives	10,7 %,
Incidents légers	11,3 %,
Intolérance	3,8 %.

En résumé à l'examen de ces résultats nous constatons que le psoriasis est influencé par les antisyphilitiques. On observe parfois des blanchiments, souvent des améliorations, mais souvent aussi des échecs, et le Professeur Gougerot résume parfaitement les idées des différents auteurs quand il écrit :

« La fréquence de l'hérédosyphilis démontrée par l'étude des stigmates cliniques et la constatation des séro-réactions de Wassermann, plus ou moins

ébauchées, s'explique par ce fait que le terrain hérédosyphilitique en diminuant la résistance de l'organisme prédispose à beaucoup de maladies.

Il existe des lésions hybrides et c'est ce qui expliquerait les bons effets du traitement mercuriel ou arsenical chez certains psoriasiques ».

A l'hôpital de Brest, le traitement antisypilitique est mis en œuvre depuis longtemps dans cette dermatose. Or, les résultats thérapeutiques obtenus sont analogues à ceux indiqués par les autres auteurs, même depuis 1929 où l'antisypilitique est toujours utilisé avec une leucocyto-réaction positive.

Pour nous qui avons traité des psoriasis et avons étudié les travaux des auteurs brestois sur cette question, nous formulerons les conclusions suivantes :

Le traitement antisypilitique unique est insuffisant pour obtenir la guérison du psoriasis même quand il est choisi par la leucocyto-réaction. Il peut parfois le blanchir, mais la récurrence est habituellement précoce.

Il est donc nécessaire pour obtenir la guérison du psoriasis d'adjoindre au traitement spécifique un autre traitement :

C'est ce qu'un de nos condisciples le Docteur Uguen a développé dans sa thèse (Paris 1938) dont nous donnerons ici seulement les *conclusions* :

Conclusions (Thèse Uguen).

« Les faits thérapeutiques que nous venons de rapporter nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

I. — Le traitement unique est insuffisant en psoriasis.

A) Un antisyphilitique employé seul, même avec leucocyto-réaction positive échoue le plus souvent dans le psoriasis. Il peut parfois le blanchir, mais la récurrence est presque toujours précoce.

B) Un sel d'or employé seul, même avec leucocyto-réaction positive et extériorisation ne donne pas de meilleurs résultats. Il est voué dans la majorité des cas à l'échec.

II. — Les observations que nous avons données, nous montrent par contre, que le traitement mixte procure des blanchiments rapides et presque toujours durables.

Mais, pour obtenir de tels résultats, il importe de suivre à la lettre la méthode que nous avons décrite et qui est basée sur quatre points essentiels :

1^o Rechercher un antisyphilitique qui donne une leucocyto-réaction positive, et traiter par cet antisyphilitique.

2^o Rechercher ensuite un sel d'or à leucocyto-réaction positive.

3^o Employer simultanément les deux remèdes.

4^o Pratiquer au cours de ce traitement mixte l'extériorisation (c'est-à-dire la mise à l'air et le décapage des lésions) ».

Aussi des travaux que nous avons résumés et de notre modeste pratique, il nous semble qu'en face d'un psoriasis on ne puisse accepter le réflexe actuel : psoriasis égale Bi, que le produit employé soit psoréthane ou autre.

En conclusion :

En psoriasis, comme en lupus érythémateux et comme en tuberculides le traitement antisyphilitique ne constitue que le premier temps du traitement : premier temps nécessaire, mais insuffisant.

Ajoutons que comme en lupus érythémateux et comme en tuberculides, si les auteurs brestois appliquent le traitement mixte (antisyphilitique et or) c'est qu'ils considèrent, non pas nécessairement une hybridité de lésions mais « *qu'il y a nécessairement hybridité de terrain* ». C'est ce qu'ils nomment *terrain mixte* lequel pour eux appelle le *traitement mixte*.

IV. LA PELADE

Sabouraud, en 1896, se préoccupa des rapports entre pelade et syphilis à propos d'une pelade ancienne aggravée par l'éclosion d'une syphilis.

En 1910 et 1911, il publia à nouveau sur l'étiologie

syphilitique de la pelade, bientôt suivi par Milian qui, le 5 janvier 1911, écrit qu'il avait appris du Professeur Fournier la fréquence de l'association pelade et syphilis.

Cette même année, Milian donne un succès par le 606 chez un hérédo à B. W. positif.

Jacquet intervient après cette publication pour faire remarquer très justement ; « l'hérédo-syphilis ne fait que favoriser l'action des causes proprement peladogènes » et il ajoute que « d'une façon générale la syphilis et l'hérédo-syphilis favorisent la morbidité et en particulier la morbidité dermatologique à peu près en tout genre, ce n'est pas seulement la pelade, c'est le prugiro, le lichen, le psoriasis, l'eczéma etc... qui sont plus fréquents dans la syphilis acquise et héréditaire ».

En 1912, J. de Azua « reprenant l'hypothèse de Sabouraud » essaie le salvarsan et constate qu'il échoue quand on n'associe pas au traitement anti-syphilitique le traitement local.

En 1912, Sampelayo note un joli succès et il écrit : « En 1904, un malade contracte la syphilis, quelques mois plus tard apparaît une pelade décalvante et en 1912 il suffit de deux salvarsan pour faire tout repousser ».

En 1913, Petges et Muratet étudient également cette association dans un article intitulé « *pelade et syphilis* » mais pour eux 87 % des pelades sont sans

syphilis décelable notamment avec séro-réaction négative. Mais le 10 avril 1921, Jeanselme n'est pas du même avis et intervient à la société de dermatologie en ces termes : « *Une plaque de pelade peut-être l'unique manifestation d'une hérédosyphilis* ». Il faut la rechercher et faire le traitement.

Le 14 février 1935, MM. Sezary, Horowitz et Lévy sur 136 sujets de 6 à 62 ans, comprenant en grosse majorité des adultes, étudièrent les séro-réactions de Hecht et Meinicke ; ils trouvent : 8 syphilitiques et 6 cas certains d'hérédosyphilis sur 136 cas.

Le 14 mars 1935 Touraine sur 86 pelades trouve 9 sujets où la syphilis est indiscutable, 6 cas où elle est probable et 11 cas d'hérédosyphilis possible, diagnostiquée par les dystrophies.

Il semble que depuis très longtemps (1912) on n'ait guère publié sur le traitement antisypilitique dans la pelade. Et cependant la présence du terrain syphilitique dans la pelade est toujours considérée comme possible, puisque nous voyons dans la *Nouv. Prat Der.* (1936) avec Sabouraud que chez l'enfant presque toutes les pelades apparaissent chez des hérédosyphilitiques, et cet auteur y conseille l'emploi du « vieux sirop de Gilbert ».

Il se dégage de ce raccourci historique que les opinions des différents auteurs sont en contradiction formelle puisque les uns constatent la grande rareté de la syphilis héréditaire ou acquise dans cette affec-

tion (Sezary... Petges...) alors que d'autres considèrent la pelade comme une manifestation de la syphilis héréditaire (Jeanselme, Sabouraud...).

Pour nous ces contradictions s'expliquent par *le manque de critères, pour affirmer la présence ou l'absence de terrain syphilitique* : la preuve thérapeutique ne jouant pas de façon constante dans la pelade.

C'est la possession d'un test sûr pour détecter le terrain syphilitique (la leucocyto-réaction) qui permet au Docteur Gouin de partager les opinions basées sur la clinique de Jeanselme et Sabouraud.

Dans le service dermatologique de Brest, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une pelade récente, on fait le traitement externe classique et c'est seulement quand ce traitement local échoue, après plusieurs mois d'essais que l'on s'adresse au traitement interne.

Dans les cas de pelades très anciennes, soignées ou non, on cherche immédiatement le terrain syphilitique et on le trouve généralement ; notamment dans les cas douteux avec la leucocyto-réaction aux antisypilitiques.

Cependant la pratique de la leucocyto-réaction si elle montre souvent le terrain syphilitique ne permet pas à Gouin d'être aussi affirmatif que Jeanselme :

(Le Docteur Gouin nous a montré l'observation d'un malade ayant eu à ce jour, sept leucocyto-réactions négatives aux anti-syphilitiques).

On commence dès lors à traiter ces pelades par un antisyphilitique choisi par la leucocyto-réaction, dans la liste des antisyphilitiques habituels, et l'on obtient des résultats identiques avec les uns comme avec les autres.

Ces résultats sont souvent bons, mais pas toujours durables, bien que le médicament soit étalonné par la leucocyto-réaction.

La pelade semble obéir mieux que les autres dermatoses au traitement antisyphilitique seul, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit constamment améliorée par le traitement spécifique.

En cas d'échec, nous avons été conduit à rechercher le terrain tuberculeux, car la tuberculose est invoquée aussi comme un des facteurs étiologiques de la pelade.

Nous n'avons pas dans ce travail à exposer le traitement de la pelade dans le service du Docteur Gouin ; notons seulement que comme en lupus érythémateux, comme en tuberculides, comme en psoriasis il comporte le traitement mixte (antisyphilitique et sel d'or). Et, le Docteur Gouin insiste sur la discrétion avec laquelle on doit aborder le traitement mixte dans la pelade. Plus que dans toute autre dermatose, il faut faire des séries très courtes et des doses très faibles aussi bien du médicament anti Σ que du sel d'or, à cause du déséquilibre sympathique qui est habituel dans la pelade.

En résumé le traitement antisiphilitique étalonné par la leucocyto-réaction donne souvent de bons effets thérapeutiques dans la pelade.

Les résultats immédiats sont plus fréquents que dans les autres dermatoses ; mais pour maintenir la guérison il est nécessaire le plus souvent, d'instituer le traitement mixte (antisiphilitique et sel d'or avec leucocyto-réactions positives).

En conclusion :

Le traitement antisiphilitique employé seul dans la pelade constitue comme en lupus érythémateux, comme en tuberculides, comme en psoriasis, le premier temps ; à la fois le plus important et le plus nécessaire dans le traitement de cette affection.

V. TUBERCULOSES CUTANÉES VRAIES

Nous continuerons l'étude de ce 2^e chapitre par les tuberculoses cutanées vraies, que nous avons vues traiter et avons traitées nous-même dans le service, à savoir : le lupus tuberculeux, les gommes et ulcères tuberculeux.

Alibert en 1832 fut le premier à affirmer la nature scrofuleuse du lupus tuberculeux ; en outre, il range aussitôt après la syphilis, comme une des causes habituelles. Ces idées furent suivies par la plupart des

dermatologistes de cette époque jusque vers 1880. Est-ce de cette conception qu'est venue l'idée d'employer le traitement antisyphilitique dans le lupus tuberculeux ?

En tout cas dit le Professeur Pautrier, « les injections de Calomel furent employées de longue date dans le traitement du lupus et avec succès même chez des malades n'ayant aucun antécédent de syphilis ».

Pautrier apprit cette méthode de Brocq qui la tenait lui-même de Vidal ; et Brocq dans la *Dermatologie pratique* conseille également « l'huile grise et le traitement mixte antisyphilitique » car dit-il « ils diminuent l'infiltration du lupus ».

De son côté le Docteur Gouin nous apprend qu'il était courant à Saint-Louis, dans le service de Brocq d'utiliser les injections de calomel dans le traitement du lupus tuberculeux et surtout dans le lupus du nez.

Le calomel est donc le premier antisyphilitique qui ait été utilisé sinon systématiquement du moins très souvent dans le traitement du lupus tuberculeux, surtout à titre d'adjuvant.

Le salvarsan fut employé pour la première fois, croyons-nous, en 1911 par Herxheimer et Altmann dans le lupus vulgaire. En 1912 Bernarht publia sur le traitement du lupus vulgaire par la méthode de Herxheimer-Altmann (salvarsan et tuberculine).

Le 4 avril 1912 MM. Gaucher, Gougerot, et Bricout

publiaient un cas intéressant de « gommes sous-cutanées et osseuses tuberculeuses chez une syphilitique.. » ils essaient le mercure et l'iodure sans succès.

En 1913 Dudumi et Saratzeano emploient le traitement spécifique dans trois cas de tuberculoses cutanées mais chez des sujets syphilitiques :

1° ils guérissent par le calomel un lupus tuberculeux avec lymphangite tuberculeuse de la face (obs. 8) ;

2° ils guérissent également par traitement spécifique un lupus vulgaire de la face et du palais (obs. 1) ;

3° avec 20 piqûres d'hectiné obtiennent la guérison d'un lupus vulgaire ulcéro-croûteux (obs. 2).

Nous ne ferons que signaler ces faits sans les commenter car les malades étaient syphilitiques.

En 1914 Tzanck et Pelbois traitent avec succès par le néo-salvarsan quelques tuberculoses cutanées dont :

9 lupus tuberculeux, 2 ulcères lupiques, une tuberculose syphiloïde et 2 gommes tuberculeuses... et ils concluent : « Nos résultats thérapeutiques ont été variables quelquefois très bons, souvent moins impressionnants, jamais nuisibles ».

En 1922, Gougerot dans la *Dermatologie en clientèle* cite également l'onguent gris dans le traitement des tuberculoses cutanées.

En 1924, Beck et son compatriote Balog en 1928, publient les résultats qu'ils ont obtenus dans le lupus tuberculeux avec le néosalvarsan.

En 1926 Spillmann améliore par le novar un lupus phagédénique de la face avec ulcérations syphiloïdes du bras évoluant depuis 15 ans chez une malade de 28 ans à Wassermann négatif.

En présence de cette amélioration Spillmann pense à l'existence d'une hérédité syphilitique chez cette malade.

En mai 1929 Deshyes dans les *Annales des maladies vénériennes* cite le cas de guérison rapide d'un lupus de la face chez un hérédosyphilitique par le traitement spécifique (deux séries d'acétyl avec une cure d'iodure intercalée).

Notons que ce malade de 16 ans avait un Hecht légèrement positif et qu'il était soigné sans succès par divers traitements depuis l'âge de 7 ans.

En 1930, au congrès de dermatologie de Copenhague, Noguer-Moré, de Barcelone, donne ses dernières expériences sur les sels d'or associés à l'arsenic dans le traitement des tuberculoses cutanées.

Novembre 1931 à la R. de Strasbourg Pautrier signale « la guérison d'un vaste lupus tumidus » par des injections de calomel.

En novembre 1931 également Fernet, et le Baron notent l'amélioration considérable du lupus vulgaire par l'emploi du calomel.

En 1936, Masure, le Méhauté et Halle rapportent l'observation d'un marin syphilitique atteint de lupus

tuberculeux qu'ils ne purent guérir par l'uclarsyl et le bivatol : ils signalent que *la leucocyto-réaction était négative* à ces médicaments.

Nous voyons par ce qui précède que divers auteurs tant français qu'étrangers ont essayé avec plus ou moins de succès le traitement antisypilitique dans les tuberculoses cutanées soit lupus, ulcères ou gommès.

A côté des succès, combien d'échecs n'ont pas été rapportés ? Et Gougerot parlant des injections de calomel dans les tuberculoses cutanées écrit : « l'inconstance des résultats fait penser que les succès obtenus sont dus à des hybrides syphilo-tuberculeux ou au terrain syphilitique (hétérothérapie de Milian) il en est de même des injections arsenicales à haute dose ».

La théorie thérapeutique de Gougerot explique ainsi parfaitement les succès et les échecs par le traitement antisypilitique employé seul dans les tuberculoses cutanées vraies.

Qu'on nous permette d'examiner les résultats obtenus à l'Hôpital civil de Brest.

Quoique nous ayons employé tous les antisypilitiques et quoique tous les antisypilitiques aient été étalonnés par la leucocyto-réaction, nos résultats ne sont pas sensiblement meilleurs que ceux des autres auteurs.

De plus, ces résultats sont bien inférieurs à ceux

obtenus dans les autres affections cutanées en particulier dans le lupus érythémateux et les tuberculides, car, au contraire de ces dermatoses, le lupus tuberculeux est une lésion profonde et envahissante :

Pendant le traitement :

On a observé chez le même malade des disparitions de lésions tandis que d'autres lésions voisines n'étaient pas influencées. De plus, chez d'autres malades des modifications incomplètes ont été constatées et enfin, dans certains cas, il y eut des échecs complets.

Il semble tout naturel d'ailleurs d'avoir des échecs quand on traite par un anti-syphilitique une tuberculose cutanée vraie (ou la nature tuberculeuse des lésions a fait ses preuves). Ce qui est surprenant, au contraire, c'est le fait que les antisiphilitiques y donnent parfois des succès. Ils ne sont explicables que par la présence d'un terrain syphilitique. Mais raisonner ainsi, c'est admettre la preuve thérapeutique or, quoiqu'elle ne soit pas admise par tous les auteurs actuellement, elle est au contraire à la base de tous les traitements dans le service du Docteur Gouin à Brest.

On y considère en effet que dans tout traitement ce qui importe au malade, et même au médecin, c'est le succès et non pas les théories. De plus, on estime que les théories doivent céder le pas aux faits.

D'ailleurs, on s'y considère en bonne compagnie

puisque par exemple, le Professeur Sergent depuis 1907 jusqu'à 1939 professe encore les mêmes idées.

Il écrit en effet dans le *Monde médical*, janvier 1939, p. 39 : « Les réactions humorales ne conduisent qu'à un diagnostic de terrain, elles permettent seulement de reconnaître que le sujet est à la fois syphilitique et tuberculeux.

« Mais il *reste l'épreuve du traitement* qui, par les résultats obtenus, permet souvent seule d'affirmer que la lésion observée est ou n'est pas purement syphilitique ».

Les succès de la thérapeutique antisyphilitique dans les tuberculides cutanées ont donc fait penser à une étiologie syphilitique dans ces affections et cela semblait logique.

A Brest, cette conception a été confirmée le plus souvent soit par l'aspect des lésions, soit par les antécédents personnels et héréditaires, soit par les stigmates d'hérédosyphilis que dans le service on recherche systématiquement et minutieusement dans toutes les dermatoses.

Enfin la leucocyto-réaction vient détecter ou confirmer, suivant les cas, la présence du terrain syphilitique sur lequel évolue la tuberculose cutanée.

Là encore, nous sommes heureux de rappeler l'aphorisme de Sergent (en 1907) dans « syphilis et tuberculose ».

« Chaque fois que j'ai pu rechercher la syphilis dans les antécédents héréditaires des tuberculeux, je l'ai trouvée chez l'un des ascendants, le père en général. Je parle ici bien entendu des tuberculeux chez lesquels il n'existait pas trace de syphilis acquise » et il ajoute (p. 221). « Un fait paraît bien établi aujourd'hui c'est la fréquence de l'association de la syphilis et du lupus ». Husson considère cette association comme la « plus fréquente de toutes » et Lenglet admet « que la syphilis s'allie au lupus avec une particulière facilité ».

On voit donc par ce que nous venons de dire que dans les tuberculoses cutanées vraies, il existe à côté du terrain tuberculeux incontestable, un terrain syphilitique que les auteurs brestois considèrent comme presque constant grâce à la leucocyto-réaction.

A ce sujet, le Docteur Delaporte ancien interne à l'Hôpital de Brest dans une thèse sociale *La syphilis à Brest de 1919 à 1938* donne, dans ses propositions concernant le fonctionnement du dispensaire, la parole du Docteur Gouin proverbiale dans le service « Que rien ne ressemble plus à un hérédosyphilitique qu'un hérédotuberculeux et rien ne ressemble plus à un hérédotuberculeux qu'un hérédosyphilitique.

« Le plus souvent la clinique se trouve impuissante à différencier ce qui appartient à la syphilis héréditaire

et ce qui revient à la prétuberculose ». (Thèse Delaporte, p. 142).

De même le Professeur Sergent écrivait en 1907 « qu'il n'est aucune variété de tuberculose cutanée à propos de laquelle ne puisse se poser le diagnostic différentiel avec la syphilis », et Longin élève de Brocq va même plus loin : « On peut se demander, écrit-il si ces hybrides ne nous donnent pas une explication satisfaisante de la théorie ancienne qui voulait faire de la syphilis l'origine première du lupus ». (Thèse Longin, 1905).

En résumé, dans les tuberculoses cutanées vraies il y a toujours un terrain tuberculeux et le plus souvent un terrain syphilitique. Il est donc logique de traiter l'un et l'autre.

Ceci ne faisant pas partie de notre thèse nous renvoyons à la thèse du Docteur Cren (Paris 1937), faite également dans le service pendant notre internat. *Et les conclusions de cette thèse citées au paragraphe des tuberculides s'appliquant également aux tuberculoses cutanées*, nous ne les répéterons pas ici.

Cependant, le lupus tuberculeux, contrairement au lupus érythémateux et aux tuberculides n'est pas une lésion superficielle. Ceci explique peut-être en partie que si le traitement mixte cicatrise les lésions ; il est fréquent de voir se produire une récurrence soit

au point où a débuté la lésion, soit en un point autre quelquefois très éloigné de ce point primitif.

En conclusion : En tuberculose cutanée vraie, comme en lupus érythémateux, comme en tuberculides, comme en psoriasis et comme en pelade le traitement antisypilitique employé seul ne constitue pas un traitement rationnel de ces dermatoses.

Il n'est que le premier temps et un temps nécessaire, primordial dans le traitement de ces affections cutanées.

Remarque : Quand le traitement antisypilitique réussit dans les tuberculoses cutanées, c'est beaucoup plus une surprise qu'une habitude.

Si nous avons seulement esquissé le traitement mixte dans les tuberculoses cutanées, la pelade et les tuberculides, c'est qu'il se fait exactement comme en lupus-érythémateux et en psoriasis. On y joint dans les tuberculoses cutanées l'extériorisation.

Quand les trois conditions : (traitement antisypilitique, sel d'or et extériorisation, après grattage) sont réalisées, les lésions cutanées, qu'il s'agisse de lésions cutanées tuberculeuses ou autres, cicatrisent avec la rapidité que l'on obtient dans les syphilides ulcérés par un traitement antisypilitique. Mais ici dans quelques ulcères tuberculeux et surtout dans le lupus tuberculeux la récurrence se fait aussi rapidement que

la cicatrisation première a été obtenue. (Ceci semble surtout vrai pour les petits lupus de la figure).

Cette remarque nous semblait ici indispensable pour qu'on ne considère pas le traitement mixte, après notre modeste travail, comme un traitement infaillible du lupus tuberculeux.

CHAPITRE III

Nous dirons quelques mots de l'érythème polymorphe avant de commencer ce chapitre. Ensuite, nous verrons successivement un certain nombre de dermatoses dans lesquelles le traitement antisyphilitique a été peu employé par les dermatologistes ; alors qu'à Brest, on l'emploie couramment. Ce sont des cas d'ichtyose, d'eczéma, de chéloïde, d'acné, un cas de lèpre, deux panaris de Morvan et des botriomycomes.

I. — L'ERYTHÈME POLYMORPHE

Le Docteur Gouin admet les idées de Milian sur l'étiologie syphilitique fréquente dans cette affection.

Il semblerait donc logique qu'il y emploie systématiquement le traitement spécifique. Il n'en est rien cependant.

En principe, il commence par la radiothérapie sympathique¹ et ceci pour trois raisons :

1. (*Bull. soc. derm.* (18 nov. 1926 et 10 fév. 1927), et *Bull. médical* (avril 1927).

Congrès dermatologie (juill. 1929 p. 114).

1° Il obtient *des résultats immédiats* dans les trois quarts des cas ;

2° Il s'agit le plus souvent d'enfants qu'il est plus facile de traiter ainsi ;

3° Pour montrer aux internes du service combien est peu fondé le jugement de certains auteurs qui écrivent que la radiothérapie sympathique n'est pas à recommander et est même dangereuse.

Ayant pratiqué nous-même pendant notre internat la radiothérapie sympathique, dans l'érythème polymorphe nous avons vérifié :

1° qu'elle n'est pas dangereuse ;

2° qu'elle donne des résultats immédiats ;

3° mais les récurrences sont de règles, et pour éviter de nouvelles poussées on s'adresse au traitement antisyphilitique.

Nous ne ferons pas ici l'historique du traitement anti-syphilitique dans cette affection.

Signalons que Milian en 1929 et 1930 a publié sur l'érythème polymorphe bulleux traité par l'arsénobenzol et que Audry en 1933 a eu de bons résultats avec le quinby.

On a traité d'emblée, dans le service, quelques cas d'érythème polymorphe par le traitement spécifique sans radiothérapie ; et nous en donnerons une observation.

II. — L'ICHTYOSE

Nous n'étudierons ici que l'ichtyose en général ; en effet comme le dit Darier, il y a entre les divers ordres de manifestations ichtyosiques « un lieu de parenté ».

A ce propos n'est-il pas permis de penser que ce lieu de parenté ne soit que la nature du terrain sur lequel évoluent non seulement les différentes formes de l'ichtyose mais d'une façon plus générale toutes les dermatoses ?

Nous éliminons évidemment de cette étude les pseudo-ichtyoses (cachectiques, vieillards).

Dans la *Nouv. Prat. Derm.* nous voyons que le Professeur Fournier a publié « 3 cas d'ichtyose à ascendance syphilitique », et Edmond Fournier en 1898 remarquait dans sa thèse que beaucoup d'auteurs mentionnaient « simultanément avec diverses dystrophies syphilitiques la sécheresse et l'état squameux de la peau ».

En 1901 Thibierge conseillait le mercure, et les arsenicaux connus à cette époque.

Darier nous apprend qu'à côté de l'alcoolisme et de la tuberculose, la syphilis des parents y prédispose.

Sendrail (de Toulouse), recherchant en 1925 la syphilis héréditaire dans l'ichtyose, s'en réfère à la

statistique de Ake Ingman (d'Helsingfors) où, sur 145 cas d'ichtyose congénitale, il relève 13 cas où la syphilis est certaine et 12 cas où l'anamnèse y fait penser.

Ingman ajoute que dans 5 observations personnelles la syphilis était en jeu et chez deux fœtus on trouva du tréponème dans le cordon ombilical.

On peut supposer que parmi les 145 cas cités par Ingman, on n'avait probablement pas recherché chaque fois l'hérédosyphilis.

« Lauteri (1930), Clément Simon et Gougerot ont publié des faits impressionnants en montrant la fréquence de l'hérédosyphilis et l'utilité du traitement » ; « La sanction thérapeutique prouve que ce n'est pas une coïncidence » dit P. Blum, et il ajoute : « Pour Gougerot il y a 20 % des cas où la syphilis est certaine, 33 % où l'hérédosyphilis est probable ».

Voici donc encore une affection pour laquelle on invoque la preuve thérapeutique.

En juillet 1930 Gougerot conseillait non seulement l'onguent napolitain et le calomel mais aussi le sulfar intramusculaire.

En juin 1933 Spillmann, Weiss et Rosenthal, apportent l'échec du traitement mercuriel chez deux frères hérédosyphilitiques où le B.W. était négatif même chez les parents.

Le traitement spécifique dans l'ichtyose est pré-

conisé par P. Blum qui écrit dans la *Nouv. Prat. Derm.* 1936 :

« La syphilis pouvant être la cause de cette dystrophie, on doit chez les ichtyosiques essayer un traitement spécifique : on peut faire des frictions au sels mercuriels (onguent napolitain ou calomel), ou recourir à l'arsenic par exemple le sulfarsénol en injections intramusculaires, ou faire des cures alternées ».

Remarquons après cette citation que nous sommes surpris à nouveau de ne pas voir employer ou préconiser des cures mixtes antisyphilitiques par exemple arsenic et Hg.

De plus, puisque l'on reconnaît l'étiologie syphilitique, en ichtyose, comme assez fréquente (Gougerot admet 20 % de certitude) pourquoi ne pas employer tout l'arsenal antisyphilitique et notamment les sels de Bi ?

Les résultats obtenus par les autres auteurs qui ont utilisé le traitement antisyphilitique dans l'ichtyose semblent être analogues à ceux obtenus dans les affections étudiées jusqu'à présent, c'est-à-dire succès, améliorations et échecs.

A l'Hôpital de Brest on utilise dans l'ichtyose n'importe quel antisyphilitique pourvu qu'il donne une réaction en hyperleucocytose et les résultats comportent à côté des succès des échecs et des améliorations.

Il semble que l'ichtyose obéit d'autant mieux aux antisyphilitiques qu'elle existe chez un malade jeune, ce qui ne veut pas dire que les antisyphilitiques guériront toutes les ichtyoses chez les sujets jeunes.

Mais il est un fait certain : qu'en général chez les adultes, l'ichtyose est peu influencée par la médication antisyphilitique seule.

Lorsque l'antisyphilitique utilisé ne donne pas la guérison assez rapidement, l'on recherche comme dans les dermatoses vues jusqu'à présent, s'il n'y a pas à coté du terrain syphilitique un deuxième terrain, à savoir le terrain tuberculeux.

Grâce à la leucocyto-réaction ce dernier a été souvent décelé et le Docteur Gouin a été ainsi conduit à traiter ces deux terrains, par le traitement mixte (antisyphilitique et or).

Ceci sort du sujet de notre thèse et nous n'y insistons pas. Notons seulement que le traitement antisyphilitique dans l'ichtyose est considéré à Brest comme un traitement de longue durée : quelques « séries mixtes » ne suffisent pas pour obtenir la guérison comme en pelade par exemple.

Nous avons cependant un cas d'ichtyose (observation 20) où la guérison fut obtenue rapidement après deux séries mixtes (à faibles doses) et s'est maintenue depuis 4 ans (avril 1935).

Quel que soit le traitement interne on rejette tout

traitement externe sauf un grand savonnage tous les huit jours et *quelquefois pas*.

En conclusion : Dans l'ichtyose, comme dans le lupus érythémateux, comme dans les tuberculides, comme dans le psoriasis, comme dans la pelade, comme dans les tuberculoses cutanées vraies, le traitement antisypilitique seul ne constitue pas le traitement de choix.

Il n'est considéré dans le service que comme le premier temps : temps nécessaire et souvent insuffisant, dans le traitement de cette affection.

III. — L'ECZEMA

Ici encore nous craignons que notre bibliographie ne soit incomplète.

Dès 1901 Besnier conseillait, dans l'eczéma, l'arsenic (ac. arsénieux, arséniate de Na, arsénite de K) et il écrit que si « les contre-indications sont nombreuses » il y a lieu de l'employer dans « les cas torpides, chroniques, les formes rebelles aux applications kératoplastiques, les variétés sèches, psoriasiformes), lichénifiées ». Mais nous croyons que c'est Leredde qui a publié (en 1919) le premier cas d'eczéma guéri par un antisypilitique (eczéma aigu chez un hérédo à B.W. +, guéri par l'héctine). En 1921 Leredde revient

sur la fréquence de la syphilis héréditaire dans l'eczéma. En 1920 Ravaut avait déjà noté l'importance de cette étiologie et en déduisait l'intérêt du traitement spécifique dans l'eczéma (*Soc. méd. hôpit.*, 13 oct. 1922). A la même société, le 20 octobre 1922 Pinard expose les mêmes conceptions.

En 1923 et 1924 Ravaut donne quelques observations d'eczéma chez des hérédosyphilitiques. Nous les rappelons :

Observ. I. — Enfant de 10 ans, dont le père est syphilitique, guéri de son eczéma par un médicament antisiphilitique.

Observ. II. — Enfant de 9 ans guéri de son eczéma par calomel et novar *per os* (l'hérédité vient du grand-père).

Duval dans sa thèse (Paris 1924, Arnette éditeur) inspiré par Ravaut *Sur l'hérédité syphilitique et l'eczéma* apporte une cinquantaine d'observations d'eczéma chez des hérédos. Il emploie le calomel et le novar *per os*.

Bouthelier en 1924 sur 20 cas d'eczéma trouve :

4 cas d'hérédosyphilis certains ; 7 cas de syphilis probable ; 1 cas douteux et 8 cas sans aucun signe de syphilis.

Milian au Congrès de Copenhague (en 1930) admet que la syphilis est rarement en cause, mais dans l'encyclopédie médico-chirurgicale (dern. édit.) il écrit

qu'en présence d'un eczéma fixe, il faut penser à la syphilis.

MM. Sézary et Horowitz dans la *Nouv. Prat. Derm.* (1936) à l'article eczéma parlent du traitement antisiphilitique dans cette affection chez les nourrissons principalement et ils conseillent le novar-buccal.

Le 19 décembre 1937 le Professeur Gougerot écrit en parlant de l'eczéma qu'il faut « modifier le terrain héréditaire ou acquis (tuberculose, syphilis...) » (*Encyclopédie méd. chir.*, p. 12069 p. 7).

Après étude de chaque cas on voit que l'eczéma est justiciable du traitement antisiphilitique.

A Brest en présence d'un eczéma on essaie d'abord le traitement classique (régime, désensibilisants, pommades, traitement général...). Mais si l'affection se montre rebelle ou récidivante, on recherche systématiquement par la leucocyto-réaction le terrain syphilitique.

On traite l'eczéma par l'antisiphilitique et avec cette technique on obtient de bons résultats même dans des cas qu'autrement on aurait laissé pour compte.

Et ce n'est que lorsque ce traitement antisiphilitique n'a pas donné de résultats satisfaisants que l'on est amené à soupçonner l'existence d'un second terrain (terrain tuberculeux); et on applique alors le traitement mixte.

Comme dans la plupart des dermatoses que nous venons de passer en revue on peut donc dire que dans l'eczéma, le traitement antisypilitique ne constitue pas, en principe, le traitement de cette affection cutanée pas plus que le traitement du terrain tuberculeux. Mais l'un et l'autre combinés peuvent constituer après échec des méthodes habituelles, la thérapeutique de l'eczéma.

IV. — LES CHÉLOÏDES

Depuis longtemps on a noté dans certains cas, l'hérédité et la consanguinité ; Hébra en particulier.

En 1901 Laffitte conseille l'iodure, l'iode et les arsenicaux de cette époque sans mentionner l'étiologie sypilitique.

En 1927 Gougerot et Cohen ont vu des chéloïdes regresser par traitement spécifique. Et Hallopeau également (*Nouv. Prat. Derm.*).

En 1931 Maggiuli cite le cas d'une fillette hérédo chez qui les chéloïdes se sont formées deux mois après la disparition « de lésions lutéïques à caractère érythémato-papuleux ».

Le traitement antisypilitique dans les chéloïdes semble actuellement peu en faveur ; le Professeur Pautrier écrit en 1938 (*Bull. Soc. Derm.*, 13 mars 1938, p. 675).

« Il me paraît que deux traitements seulement soient efficaces : la radiothérapie... et à défaut la neige carbonique ».

Quoiqu'il en soit du traitement général des chéloïdes voici ce que l'on pense de leur étiologie :

En 1937 Woringer écrit : (*Nouv. Prat. Derm.*) « Leur tendance à la récurrence après ablation... démontre l'existence d'un terrain spécial » et il ajoute :

« qu'il est reconnu unanimement que les scrofuleux présentent un terrain favorable à l'apparition des chéloïdes ».

Nous ne pouvons oublier que le Professeur Sergent considère la scrofule comme inséparable d'un terrain syphilitique.

D'autre part Milian pense à l'existence d'un terrain tuberculeux et Darier, Gougerot, T. Fox et Hyde estiment que l'on peut ranger les chéloïdes dans les tuberculides.

Or le traitement des tuberculides dans le service dermatologique de Brest comporte comme premier temps le traitement du terrain syphilitique avant de soigner le terrain tuberculeux.

C'est la conduite que l'on adopte également pour les chéloïdes :

Nous donnons une observation où le traitement antisiphilitique seul a donné une amélioration.

Et s'il y a échec, partiel ou total, par le traitement

spécifique, il est logique de rechercher le terrain tuberculeux, admis par beaucoup d'auteurs.

C'est ce que l'on fait à Brest par la leucocyto-réaction aux sels d'or.

Dès lors on soigne simultanément ces deux terrains, et sans insister plus sur ce traitement mixte ; nous concluons qu'en chéloïdes, comme en ichtyose et en eczéma et comme dans la plupart des dermatoses traitées jusqu'ici le traitement antisypilitique, unique, s'il peut réussir quelquefois, ne constitue que la première partie du traitement de cette affection : première partie nécessaire et souvent insuffisante.

V. — L'ACNÉ

Dans un certain nombre de cas d'acnés, le Docteur Gouin et nous-même avons obtenu des résultats favorables avec le traitement antisypilitique.

Milian en 1925, Ramel (Lausanne) et Jausion en 1930 estimèrent que l'on pouvait ranger les acnés dans le groupe des tuberculides.

Comme l'écrit Sabouraud en 1936 à propos des communications de MM. Milian et Ramel, ils furent « frappés de la ressemblance de ces sortes de petites gommes acnéiques avec des scrofulo-tubercules de la peau et avancèrent... qu'il s'agit là de tuberculides bénignes ».

Si l'on emploie assez volontiers dans l'acné, le calomel *per os* et le *cyanure de Hg.* intraveineux, nous ne croyons pas cependant que le traitement antisypilitique y soit utilisé en prévision d'une étiologie sypilitique possible.

Du moins les livres classiques que nous avons consultés n'en font pas mention, nous semble-t-il.

Cependant si l'on considère l'acné comme une variété de tuberculide, comme l'admettent certains auteurs cités plus haut, pourquoi alors ne pas employer dans les acnés comme dans les tuberculides, le traitement antisypilitique puisqu'il donne dans ces dernières des résultats.

C'est ce que le Docteur Gouin a pensé et c'est pourquoi à Brest, on emploie souvent avec succès, dans l'acné, surtout chez les jeunes filles, les anti-sypilitiques (nous donnons une observation avec le Bi).

Et si l'on a recourt, de préférence, aux sels de mercure par voie buccale, cela tient à la facilité qu'ils présentent de faire un traitement antisypilitique discret ; il semble intéressant de dire ce que l'on note, quand on donne par exemple un sirop au bi-iodure de Hg. (celui-ci est étalonné après une friction à la pommade bi-iodurée) par la leucocyto-réaction : on observe une exacerbaton des lésions en volume et en nombre dans la première semaine ;

puis après avoir passé par une phase d'exacerbation avec quelques points pustuleux, toutes les papules acnéiques se dessèchent, diminuent de volume et deviennent punctiforme, pour s'atténuer et bien souvent disparaître.

Il va de soi que pour vérifier l'efficacité du traitement mercuriel, on a l'habitude, dans le service, de supprimer tout traitement local et tout traitement général classique.

Mais jusqu'à présent, dans le service il n'a pas été procédé à l'emploi du traitement mixte dans l'acné. D'ailleurs le traitement antisiphilitique dans l'acné n'est employé que depuis deux ans environ dans le service mais on s'y propose puisque l'on considère l'acné comme évoluant surtout sur un terrain tuberculeux d'y faire le traitement mixte comme dans les tuberculides (Cf. observ. 27).

VI. — LÈPRE

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'histoire du traitement antisiphilitique dans la lèpre. De nombreux auteurs français et étrangers ont eu des améliorations et des échecs par le traitement spécifique ; par exemple :

L. de Verteuil le 23 septembre 1911 signale les bons résultats qu'il a obtenus par le salvarsan.

Jeanselme, le 7 décembre 1911 estime que le 606 améliore seulement l'état général. Brocq est du même avis.

En 1916, Peyri d'après 14 cas de lèpre traités par l'arsénobenzol conclut que son emploi y est autorisé, car il améliore toujours l'état général et modifie favorablement les lésions lépreuses.

Hassau, le 20 octobre 1922 apporte 6 cas de lèpre tubéreuse améliorés par l'aminoarsénophénol et, le 27 octobre 1922 le Professeur Gougerot apporte trois cas d'amélioration par l'aminoarsénophénol ou arsénobenzène 592-132 de Pomaret.

En 1923, Lancha Fal constate l'action favorable du quinby.

Palmer a vanté le mercure et le bismuth et Gaucher a préconisé le cyanure de mercure.

Certains auteurs admettent qu'une grande partie des lépreux sont syphilitiques et le Professeur Gougerot écrit notamment : « qu'après avoir éliminé les erreurs de technique et les syphilitiques avérés une grande proportion de ces porteurs de Bordet-Wasserman positifs allant jusqu'aux trois-quarts des cas sont des syphilitiques latents ».

Ils expliquent ainsi que le traitement antisypilitique agit sur la partie des lésions qui appartient à la syphilis.

Pendant notre internat nous avons eu l'heureuse

occasion de voir un épreux autochtone à la consultation de dermatologie du Docteur Gouin à l'hôpital de Brest avec B.W. (— — — —) Vernes $\Sigma = 0$.

Nous donnerons ici l'observation de ce cas intéressant dans lequel le traitement antisypilitique a été utilisé en premier lieu.

Nous remercions vivement le Docteur Gouin qui nous a permis de prendre cette observation pour illustrer notre thèse (voir observ. 28).

VII. — PANARIS DE MORVAN

Il semble normal de placer ici les deux cas de panaris de Morvan traités par le Docteur Gouin en 1933 et 1934 et guéris tous deux par le 914 et non encore publiés. Remarquons que ces deux malades sont des environs de Lannilis, pays où exerçait Morvan.

Nous citerons les observations, sans préjuger de l'étiologie de cette affection ; le résultat a été très bon et a évité l'intervention chirurgicale.

Remarquons seulement que :

Le Docteur Gouin a employé le traitement antisypilitique dans le panaris de Morvan.

1° Parce que cette affection, si on la connaît au point de vue symptomatologie, a une pathogénie et une étiologie obscure, une thérapeutique décevante.

2° A cause de la ressemblance que Zambaco Pacha

et d'autres ont fait du panaris de Morvan avec la lèpre.

3° De plus les antécédents particuliers trouvés dans des cas analogues (nous dit le Docteur Gouin) autorisaient à essayer le traitement antisiphilitique.

Voilà pourquoi le Docteur Gouin l'a utilisé ; et les bons effets qu'il a obtenus dans ces deux derniers cas nous autorisent à mettre le panaris de Morvan à côté des autres dermatoses dans lesquelles le traitement antisiphilitique peut donner de bons résultats.

VIII. — BOTRIOMYCOME

Gouin, le premier en 1921, utilisa le novar sur lui-même dans le botriomycome à la suite de circonstances particulières rappelées dans la thèse de notre prédécesseur, le Docteur Pouzin (Paris 1927) (botriomycome diagnostiqué par L. Brocq).

Après avoir donné 5 cas de guérison sur 6 le Docteur Pouzin conclut :

« Nous ne savons pas si notre thérapeutique arsénobenzolique est applicable à tous les botriomycomes, sur 6 cas que nous avons 5 ont guéri ».

Notons avec Pouzin que l'on n'a jamais fait plus de 5 piqûres de néo pour obtenir la guérison.

Dans ce travail nous apportons deux cas de botriomycomes traités par le novar depuis 1927 ; chez l'un, on n'a pu continuer le traitement.

Il y eut dans le deuxième cas échec complet (après 5 néo).

Nous renvoyons pour l'historique et le traitement de cette affection à la thèse de notre prédécesseur *dans le service ; Le Docteur Pouzin* (Vigné, édit. Paris, 1927).

D'après les recherches bibliographiques que nous avons pu faire nous ne croyons pas que le traitement novarsénobenzolique ait été utilisé par d'autres auteurs dans cette affection.

En résumé, dans ce troisième chapitre, nous avons réuni tout un groupe de dermatoses qui ont été améliorées par le traitement antisypilitique ou le traitement mixte s'il était nécessaire.

Nous pourrions répéter ici ce qui a été dit à la fin du deuxième chapitre :

Certaines de ces dermatoses disparaissent quelquefois avec le traitement spécifique, comme nous avons pu le voir et l'expérimenter dans le service.

Assez souvent, ces mêmes dermatoses ne sont améliorées que par le traitement mixte (antisypilitique et or).

Notons que l'on met en évidence les deux terrains sypilitique et tuberculeux par la leucocyto-réaction : aux antisypilitiques et aux sels d'or.

On sera surpris peut-être de l'audace que le Docteur Gouin ait eu de nous confier la lèpre et le panaris de Morvan.

Dans ces deux derniers cas, le traitement antisyphilitique seul, a suffi à donner l'amélioration.

Dans le cas de lèpre, le traitement antisyphilitique a amélioré d'emblée quelques lésions, puis a échoué ;

la thérapeutique aurique associée à l'antisyphilitique ayant amené des résultats de beaucoup supérieurs, ce sont ces derniers qui nous ont incité à publier cette observation.

De plus, la thérapeutique anti-lépreuse étant très variée et peu efficace, peut-être que d'autres essayeront ces mêmes traitements sous le contrôle de la leucocyto-réaction.

CONSIDÉRATIONS

A la fin de cette thèse quelques considérations paraissent s'imposer :

1° Il est curieux de voir utiliser les antisypilitiques dans des affections si variées morphologiquement et pathogéniquement et qui ne présentent pas de caractère commun apparent.

2° Il est certes logique d'essayer le traitement antisypilitique dans des affections dont l'étiologie n'est pas précisée : il s'agit là simplement d'avoir un résultat et on l'obtient assez souvent ; ce n'est plus alors de la science, mais de l'art.

3° Mais qu'on applique ce même traitement antisypilitique dans des affections nettement caractérisées : à bacille de Koch ou de Hansen par exemple et qu'on en obtienne des résultats, voilà qui est surprenant.

4° Dans les premiers cas (étiologie imprécise) il n'est pas choquant de faire jouer la preuve thérapeutique c'est-à-dire de conclure après succès du traitement antisypilitique à l'existence d'un terrain sypilitique.

Mais dans le second cas (où l'étiologie est nettement caractérisée), il semble qu'on refuse d'appliquer la même conclusion ; car nombre d'auteurs modernes n'accordent plus à la preuve thérapeutique la valeur que les anciens lui reconnaissaient.

Si l'on partage ces scrupules scientifiques on ne peut plus expliquer, on doit se borner à constater :

Les antisypilitiques guérissent, en dermatologie, des lésions à étiologie indéterminée ; et des lésions à étiologie non syphilitique mais nettement déterminée (à bacilles de Koch et de Hansen par exemple).

A ces faits paradoxaux, les Docteurs Gouin et Bienvenue donnent une explication que la pratique et l'expérience leur ont progressivement suggérée :

« Ces dermatoses, dont nous venons de parler, se développent parfois sur terrain syphilitique seul mais le plus souvent sur le terrain mixte (syphilitique et tuberculeux).

« Quand on dit *terrain* il ne s'agit pas évidemment de sujets chez qui la clinique et le laboratoire identifient facilement syphilis et tuberculose ; souvent au contraire les terrains ne sont décelés que par la recherche soigneuse des antécédents et surtout par l'épreuve biologique de la leucocyto-réaction ».

Et ces terrains une fois décelés, les auteurs bretois n'hésitent plus à appliquer un « traitement mixte » qu'ils estiment alors rationnel.

Ces conceptions du reste rejoignent celles trop oubliées du Professeur Sergent, qui écrit en 1907 dans « *Syphilis et Tuberculosés* », p. 197 :

« Il n'y a jamais... hybridité de lésions, mais seulement et toujours hybridité de terrain, avec intrication ou juxtaposition plus ou moins étroite ou lointaine des lésions ».

Nous retrouvons cette phrase 32 ans plus tard dans le *Monde Médical*, 15 janvier 1939, p. 38 :

« Il n'y a, en effet, jamais hybridité de lésions au sens strict du mot, mais seulement et toujours hybridité de terrain avec juxtaposition plus ou moins étroite des lésions ».

OBSERVATIONS

I. — Lichen Plan

Nous n'avons pas vu de lichen plan pendant notre année d'internat, aussi le Docteur Gouin nous a autorisé à prendre deux de ses observations inédites.

Elles s'ajoutent à tous les cas de guérisons publiés par MM. Gouin et Bienvenue et par le Docteur Le Bigot dans sa thèse.

Observation 1 (*Dr. Gouin, inédite*). — Mlle. Jeanne Chap., consulte le 2 novembre 1935 pour un lichen plan généralisé, prurigineux, datant de un mois.

A. H. : grand'mère soignée par nous (Dr. Gouin) pour gomme syphilitique du front (S. R. + + + +).

Fille unique du fils de cette grand'mère.

Pas d'appendice xiphoïde.

Leucocyto-réaction au Bi le 4 novembre 1935.

{	Avant l'injection	4.112 leucocytes.
	Deux heures après l'injection	5.140 leucocytes
	Résultat : leucocyto-réaction positive =	+ 1.028

Reçoit 10 bivatol du 4 novembre au 14 janvier 1936.

Disparition du lichen plan.

Pour assurer la guérison on refait une 2^e série de bivatol.

Guérison maintenue.

Observation 2 (*Dr. Gouin*). — Mlle. Nicol., lichen plan lingual avec pelade, guérison par le 914 après une série (voir observ. 11).

II. — Lupus érythémateux

Observation 3 (*Dr. Gouin et Fournier*). — F. Joseph 39 ans, marin de commerce, lupus érythémateux fixe du nez, du front, des joues, en grandes plaques, père mort à 82 ans, mère morte à 40 ans suites de couches, a eu 11 enfants dont 2 morts (?), et 9 vivants.

Consulte le 27 octobre 1938.

L. R. au néocardyl le 1^{er} octobre 1938.

Avant 4626 — Après 4112 = — 514 (L. R. indifférente).

L. R. acétyl 24 octobre 1938.

Avant 4.112. Après 6.168 = + 2.056 (L. R. positive) mise au traitement : fait par Docteur Le Clech de Lanildut.

Reçoit 8 acétyl jusqu'au 22 décembre ; peu d'amélioration.

L. R. crisalbine 18 janvier 0,05.

Avant 6168. Après 6168 = 0 (L. R. indifférente).

On reprend acétyl pour essayer de réactiver l'or.
Reçoit 10 acétyl du 24 janvier au 1^{er} mars.

Le lupus n'a pas été amélioré.

Le 22 mars L. R. crisalbine 0,05.

Avant 7.196. Après 8.778 = + 1.542. Leucocyto-réaction positive. Mise au traitement mixte actuellement.

Observation 4 (*Dr. Gouin*). — (Observ. 2 thèse Decaen, p. 67 que nous complétons avec les antécédents).
Mme. Pell., lupus érythémateux datant de six mois. —

Mère a eu 10 grossesses, 1 fausse-couche, 6 morts (?) et 3 vivants. La malade est l'aînée de la famille. Elle est mariée, 4 enfants bien portants.

B.W. (— — — —) index 3 ; Vernes $\Sigma = 0$

7 mars 1934 : L. R. crislaline.

Avant 7.710 ; 2 H. après 7.710 ; L. R. = 0
(Indifférente).

6 mai 1934 : L. R. Bi.

Avant 7.196 ; 2 H. après 6.168 = — 1.028
(L. R. négative).

6 juin 1934 : L. R. néo.

Avant 6.168 ; 2 H. après 6.682 (L. R. indifférente) = — 514.

5 juillet 1934 L. R. à As.

Avant 8.738 ; 2 H. après 7.196 (L. R. négative) = — 1452.

6 août 1935 L. R. à Cy Hg.

Avant 6.682 ; 2 H. après 8.748 (L. R. positive) = + 2.056.

Soignée et guérie par le cyanure de mercure.

III. — Tuberculides

Observation 5 (*personnelle*). — S. Auguste, consulte le 3 janvier 1939 pour tuberculides palmaires avec quelques éléments disséminés sur le corps et aux jambes datant de un mois et demi.

Père mort tuberculeux à 35 ans. — Mère morte tuberculeuse à 38 ans ; a eu 3 grossesses dont une fausse-couche de trois mois ; un garçon de 22 ans et le malade qui n'a pas d'appendice xiphoïde.

Séro-réactions négatives.

Leucocyto-réaction : 20 janvier 1939 au Bi :

Avant 9.253. Après 10.280 = + 1.028 (L. R. positive).

Exacerbation des lésions après la première piqûre, a reçu 8 piqûres jusqu'à ce jour 25 mars, légère amélioration, en repos pour une leuco à l'or.

Observation 6 (*Dr. Gouin*). — Mme. Quem. 31 ans consulte le 20 juin 1934.

Erythème induré de Bazin et ulcérations tuberculeuses ; mère bien portante ; a eu 5 grossesses dont 2 fausses-couches, 2 frères morts en bas âge et la malade qui est bien réglée.

Elle a eu trois grossesses dont une fausse-couche non provoquée de trois mois et 2 enfants bien portants au dire de la malade.

Les lésions ont diminué aux colonies, se sont même cicatrisées ; elles ont récidivé à Brest le 16 mai 1934, la malade dit « que les climats froids et humides augmentent les lésions ».

Séro-réactions négatives. Soignée par radiothérapie. Disparition des lésions.

Revient le 25 février 1939 avec récidence.

Leucocyto-réaction à l'énésol : 1^{er} mars 1939.

Avant 8.738. Après 10.280 = + 1.542.

A reçu trois piqûres d'énésol à ce jour 25 mars ; légère amélioration.

Malade continue son traitement.

Observation 7 (*Dr. Gouin*). — Voir observ. 21. Mme. Le Gall. tuberculides avec ichtyose et ulcérations tuberculeuses.

(Disons que la mère de cette fille dont nous donnons l'observation aux ichtyoses a été soignée pour gommes syphilitiques tertiaires du front).

Guérison par l'Acétylarsau.

IV. — Psoriasis

Outre les observations citées dans la thèse Uguen nous donnerons parmi nos observations deux cas dont l'un avec grosse amélioration et l'autre avec échec.

Observation 8 (*Dr. Gouin*). — Pic. Olivier, 26 ans. Psoriasis en gouttes récent (1 mois), purigineux, extensif.

Père et mère morts, suite d'hypertension artérielle (?).
Huits frères et sœurs bien portants.

Marié depuis cinq semaines ; on note : ongles ponctués, désordre dentaire, appendice xiphoïde normal.

Pas de psoriasis dans la famille. En mai 1938 le malade aurait eu des maux de tête, oreillons (?) avec 40° de température, on aurait craint une méningite (?).

Le 22 octobre 1938 leucocyto-réaction au Bi.

Avant 7.196. Deux heures après 7.196 = 0.

Le Docteur Gouin écrit : faire leucocyto-réaction le 18 novembre à l'acétyl ou au sulfar.

18 novembre L. R. acétylarsan.

Avant 9.252. Après 11.822 = + 2.530 (leucocyto-réaction positive).

Le Docteur Dosser de Landivisiau fera les piqûres (10 acétyl.).

Le malade revient le 18 février 1939, on note : psoriasis très amélioré, presque disparu ; leucocyto-réaction à crisalbine.

Avant 5.654. Après 6.140 = + 514 L. R. indifférente.

On reprend une série d'acétyl pour essayer de réactiver l'or.

Malade en traitement.

Observation 9 (*personnelle*). — Le Ban., Marie-Madeleine, 15 ans. — Père mort de congestion cérébrale

à 57 ans, rien d'autre à signaler, sauf 1 frère mort à 3 mois (?).

Psoriasis qui a débuté en 1935 aux genoux et aux coudes (à 12 ans).

Malade réglée pour la première fois en juillet 1937 (14 ans), ne l'a été que quatre fois depuis et à périodes inégales.

Consulte le 5 avril 1938 pour psoriasis généralisé en gouttes avec plaques plus grandes au niveau des coudes et des genoux, il en existe dans tout le cuir chevelu, mais la face est respectée.

La malade se plaint également de douleurs gastriques survenant sans horaire fixe.

Ongles ponctués; voûte palatine normale; pas d'appendice-xiphoïde.

Leucocyto-réaction le 8 avril 1938 à l'énésol.

Avant 6.168. Deux heures après 3.598 = —2.570

L.R. négative.

Le 3 mai 1938 leucocyto-réaction au Bi.

Avant l'injection 8.224; 2 heures après l'injection 9.252; leucocyto-réaction positive + 1.028.

Reçoit 8 Bi. jusqu'au 15 juin 1938.

— le 9 juin les règles sont réapparues.

— le 19 juillet 1938 leucocyto-réaction crisalbine 0,05.

Avant 4.626; 2 heures après 4.112 = — 514
(L. R. indifférente).

Devant cette leucocyto-réaction indifférente on reprend le Bi pour essayer de *réactiver l'or*.

Du 19 juillet au 31 août 1938 reçoit 7 bivatols.

Le 28 septembre leucor. crisalbine 0,05.

Avant 7.196; 2 heures après 5.140 = — 2.056.

On recommence 10 bivatols *en frictions* que la malade fait elle-même.

Le 16 janvier 1939 leucocyto-réaction crisalbine 0,05.

Avant 7.196; 2 heures après 5.140 = — 2.056.

On lui donne 6 Bi pour frictions.

Pas d'amélioration actuellement ; malade en traitement.

V. — Pelade

Observation 10 (*personnelle*). — Mlle. Le Gall, Mad. 21 ans. Père bien portant, mère a une perforation du voile du palais, 2 enfants : une fille morte de méningite tuberculeuse et la malade qui vient consulter le 10 octobre 1937 pour 5 à 6 plaques de pelade dont une grande (pièce de 5 fr.) sur l'occiput ; récurrence datant de 4 ans.

A. P. petite, bossue, bien réglée, n'a jamais été malade ; rien à signaler d'autre : B. W. (— — —).

Leucocyto-réaction au Bi, le 14 octobre 1937.

Avant 5.140 ; 2 heures après 7.710 = + 2.570.

Au 4^e Bi le 4 novembre aucune amélioration ; le 17 novembre quand nous faisons la 6^e piqûre de Bi on voit, à la périphérie des plaques, une repousse des cheveux.

Après son 9^e bivatol on laisse la malade un mois au repos du 12 décembre au 10 janvier.

Leucocyto-réaction crisalbine 0,05.

Avant 6.682 ; 2 heures après l'injection 8.738 ; leucocyto-réaction positive + 2.056.

Mise de suite au traitement mixte. Guérison sauf la plaque au sommet. On fait de temps en temps une série mixte d'entretien (fin mars 1939).

Observation 11 (*Dr. Gouin*). — Mlle. Nicol., 44 ans. Consulte en 1933 le Docteur Lévy-Franckel à Paris qui lui donne une lettre nous priant de la traiter ; il indique d'ailleurs le traitement à faire (14 mai 1934) : pelade presque généralisée du cuir chevelu avec lichen plan lingual.

Père mort tuberculeux à 35 ans ; mère morte à 62 ans de congestion cérébrale ; a eu 8 grossesses dont : 2 fausses-couches, 3 enfants vivants dont la malade.

Début de la maladie il y a un an (1932).

Le traitement du Docteur Lévy-Franckel est appliqué pendant un an (Rayons U. V., extrait d'ovaire...), de 1933 à 1934. Les cheveux continuent à tomber.

N'obtenant aucun résultat, on lui propose le traitement fait à Brest habituellement dans la pelade.

Le 18 juin 1934 leucocyto-réaction au néo 0,30.

Avant 7.196 ; 2 heures après 9.282 = + 2.056

(L. R. positive).

Reçoit du 18 juin au 16 août 5 gr. 40 de néo. (B. W. le 18 juin (— — —)).

Repousse des cheveux à la première série sauf quelques plaques.

— guérison du lichen plan buccal.

Du 18 octobre au 20 décembre 1934 reçoit 5 gr. 55 de néosalvarsan ce qui termine la repousse complète des cheveux.

Pour maintenir la guérison on fait du 24 janvier au 3 avril 1935 5 gr. 10 de néo.

La malade revient le 10 avril 1936 avec récurrence de 4 à 5 plaques surtout dans la nuque et une plaque au sommet de la tête (coïncidant avec des troubles mentaux).

Le 7 mai 1936 leucocyto-réaction au bivitol.

Avant 3.598 ; 2 heures après 5.140 = + 1.542

(L. R. positive).

Reçoit 10 bivitol par le Docteur Penquer de Landerneau jusqu'à fin juillet ; revient guérie.

En octobre 1936, deuxième série de bivitol terminée en décembre par Docteur Penquer.

Guérison se maintient.

On recommence une troisième série de bivitol.

La guérison est maintenue.

Observation 12 (Dr. Gouin). — Hul. 15 ans, *consulte en mai 1924* pour une alopecie diffuse et on remarque 3 à 4 plaques de pelade datant de 5 à 6 mois ; il ne s'agit pas d'alopecie syphilitique secondaire : en 1923 (novembre) le B. W. était négatif.

Du 1^{er} mai au 1^{er} juillet 1924 reçoit sans leucocyto-réaction 3 gr. 45 de néo. Très bon résultat : repousse des cheveux ; on fait alors un 2^e B. W. le 17 juillet 1924 B. W. (— — — —) index 3.

11 ans après le malade revient à la consultation le 24 février 1935 : se plaint de douleurs dans la tête avec sensations de froid. *La guérison de la pelade de 1924 est maintenue.*

A. P. fils unique d'un père mort (?) et d'une mère bien portante, on remarque écartement des dents supérieures.

Nous sommes très heureux de pouvoir étalonner un remède (néo) qui a guéri rapidement en 1924 une pelade ; et dont la guérison s'est maintenue : leucocyto-réaction au 914 (0,30) :

le 26 février 1935.

Leucocytes : avant : 9.252 ; 2 heures après l'injection 11.822, leucocyto-réaction positive de + 2.570 — B. W. (— — — —) index 2.

Le malade est mis au néo : disparition des phénomènes douloureux dans la tête.

Observation 13 (Dr. Gouin). — Mlle. Eyra, 27 ans consulte le 23 janvier 1933, pour pelade généralisée dont le début date de l'âge de 12 ans : cuir chevelu, sourcils, aisselles et pubis en partie sont dépilés.

— réglée à 16 ans, légère érythrocyanose des jambes.

A. H. Rien à signaler sauf mère a fait 2 fausses-couches.

A. C. 1 frère tuberculeux et 1 frère mort jeune méningite (?).

R. de B.W. (— — — —) chez elle et chez son père.

Le 23 février 1933 L. R. au néo (0,30).

Avant 6.682 ; 2 heures après 9.252 = + 2.570
(L. R. positive).

Picotements dans la tête après la 1^{re} piqûre.

Reçoit le 7 février un 2^e néo à 0,45.

Point de côté, on cesse le néo.

Le 28 février L. R. au Bi.

Avant 6.168 ; 2 heures après 8.224 = + 2.056
(non traitée, on la met au repos un mois), pour faire

Le 30 mars L. R. à l'or.

Avant 3.598 ; 2 heures après 4.112 (L. R. négative
on la met à néo + Bi : une petite série).

Aucun résultat.

Pelade trop ancienne, échec par antisypilitique seul.

VI. — Tuberculoses cutanées vraies

Observation 14 (*Dr. Gouin*). — Mme. Quem. 31 ans : ulcérations tuberculeuses avec érythème induré de Bazin (voir observ. 6).

Observation 15 (*Dr. Gouin*). — Mme. Le Gall. : ulcérations tuberculeuses des deux jambes avec ichtyose et tuberculides (voir observ. 21).

Observation 16 (*observ. personnelle*). — S., Jeanne 15 ans.

Lupus du nez chez une jeune fille.

A. H. Rien à signaler dans les antécédents, sauf : mère morte à 42 ans après opération (?)

A. P. N'a jamais été malade.

Pas d'appendice xiphoïde.

Voûte palatine normale.

Ongles normaux.

Entre dans le service en août 1937 avec un lupus tuberculeux de l'extrémité du nez, ulcéré, de la grandeur d'une pièce de 2 fr., qui a débuté il y a 3 mois. Les ulcérations se sont étendues et le nez a « gonflé ».

Le 26 août 1937 (B. W. (— — — —) index 3) Vernes $\Sigma = 0$.

Le 8 septembre L. R. à la crisalbine 0,05.

Avant 6.168 ; 2 heures après l'injection 6.168 = 0 (L. R. indifférente).

Le 29 septembre L. R. au Bi : avant 4.112 ; 2 heures après 4.626 = + 514 (L. R. indifférente).

L. R. sulfar 0,12.

Le 26 octobre 1937 :

Avant 6.682 ; 2 heures après le sulfarsénol 8.224 = (L. R. positive) + 1.542.

Du 26 octobre au 7 décembre 1937 reçoit 1 gr. 20 de sulfar ; à la 5^e piqûre les lésions du nez diminuent en surface et profondeur.

Mise en repos 1 mois.

Le 10 janvier 1938 L. R. crisalbine.

Avant 9.766 ; 2 heures après 11.308 = + 1.542 (L. R. positive).

On commence le traitement mixte ; mais une épidémie de diphtérie se déclare dans le service, son prélèvement étant positif (gorge rouge sans fausse membrane) et restant positif 6 mois, on ne reprend le traitement mixte qu'au mois d'août 1938 : suivie régulièrement depuis, il ne persiste plus qu'un point narinaire gauche (27 mars 1939).

Observation 17 (*personnelle*). — Lan. François 2 ans ; adénites tuberculeuses ulcérées, suppurantes ; vastes ulcérations sous l'œil droit, la joue gauche, sur le front.

A. H. : grand-père paternel mort d'urémie à 72 ans ; grand'mère paternelle morte de cancer à l'estomac ; grand-père maternel mort de congestion cérébrale 70 ans ; grand'mère maternelle morte d'urémie à 64 ans ; père mort de typho-bacillose à 54 ans. — Mère bien portante âgée de 41 ans (appendice xiphoïde normal, rien à signaler). — A. C. de la mère : 1 frère mort à 7 jours (?) ; 1 frère mort de méningite à 7 mois (?), 2 frères mariés bien portants.

A. C. de l'enfant : 4 frères et sœurs bien portants (on a enlevé les amygdales à l'aîné).

Cet enfant est le cadet, a eu la rougeole fin février 1938 compliquée de fluxion de poitrine, qui a récidivé trois fois.

En mai 1938 présente « un bouton » dit la mère à la racine du nez qui envahit la figure presque en chauve-souris ; puis les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires furent envahis, devinrent fluctuants, s'ouvrirent. Etat général déficient. La mère nous l'amène le 13 août 1938.

L. R. au gambéol le 13 août.

Avant 14.392 ; 2 heures après la friction de gambéol : 18.504 = + 4.112 (L. R. positive).

Mis aux frictions de gambéol.

Revu le 15 novembre 1938 : on note une cicatrisation presque complète.

Pour terminer la cicatrisation on cherche un remède plus actif. L. R. au sulfarsénol le 29 novembre.

Avant 16.448 ; 2 heures après 17.466 = + 1.028 (L. R. positive).

La mère préfère cependant continuer les frictions de gambéol « car c'est trop loin pour venir ».

A la fin décembre 1938 on note :

cicatrisation complète, amélioration considérable de l'état général, le petit malade *est bien portant*.

Pour éviter la récurrence on fait : L. R. à l'oléochrysine (frictions).

Le 3 février 1939 :

Avant 15.420 ; 2 heures après 18.504 = (L. R. + 3.084 positive).

Mis au traitement mixte, guérison maintenue à ce jour : 9 mars 1939.

VII. — Erythème polymorphe

A. Traitement par radiothérapie et secondairement par un antisiphilitique

Observation 18 (*Dr. Gouin et Fournier*). — Cae. Jeannine, 6 ans.

Consulte le 14 mars 1939 envoyée par le Docteur Aubry de Kerhuon.

A. H. père et mère bien portants.

A. C. 1 frère 15 ans bien portant ; 1 sœur morte à 15 ans 1/2 de fluxion de poitrine, n'était pas réglée ; 1 sœur 14 ans érythème polymorphe en même temps que 1 sœur qui a eu de l'érythème polymorphe papuleux.

Cette dernière âgée de 11 ans paraît intelligente mais parle difficilement, dit la mère.

Enfin la petite malade a eu en même temps que ses deux sœurs de l'érythème polymorphe mais elle fut la seule à faire des bulles.

Les deux sœurs plus âgées guérissent sans traitement à la fin du deuxième mois ; la plus petite ne guérissant pas on nous l'envoie.

On note : lésions d'érythème polymorphe typique datant de deux mois très prurigineux, surtout depuis 15 jours ; de plus axyphoïdie, dents petites, courtes.

Reçoit le 14 mars 1939 en D. 4 : 5 H nu.

On la fait revenir le 22 mars 1938.

Guérison apparente ; il persiste quelques plaques érythémateuses, prurit disparu.

Le docteur Gouin prévient qu'elle aura probablement de nouvelles poussées et pour les éviter, conseille à la mère de la faire soigner.

On fixe rendez-vous pour une leucocyto-réaction à un antisiphilitique dans trois semaines.

B. Guérison par un antisiphilitique seul

Observation 19 (*personnelle*). — Collio. Yvonne, 10 ans. Erythème polymorphe.

Antécédents : rien à signaler.

Pas d'appendice xiphoïde.

Voûte palatine ogivale.

Irrégularités dentaires.

Ongles déformés et rayés non ponctués.

Les membres, le tronc, la face, le cuir chevelu sont couverts de petites lésions de type différent :

1° des lésions érythémato-squameuses (grandes comme une pièce de 0 fr. 50) ;

2° des lésions *érythémato-bulleuses* un peu plus grandes ;

3° des lésions érythémateuses recouvertes d'une croûte grise, assez épaisse rappelant un peu une lésion de *lupus érythémato-tuberculeux* ;

4° quelques lésions rares de *pyodermite banale*.

La recherche de follicules tuberculeux (*vitro-pres-sion*) est négative.

Le 13 avril 1938 leucocyto-réaction au sulfar. 0,06.

Avant 10.794 ; 2 heures après 13.364. — Leucocyto-réaction positive + 2570.

Céphalée à la 1^{re} piqûre.

Reçoit 0,80 de sulfar du 13 avril au 15 juin 1938.

La malade part améliorée. — Non revue. —

VIII. — **Ichtyose**

Observation 20 (*Dr. Gouin*). — Cast. Yvonne, 17 ans. Envoyée par le Docteur Aubry (Moulin-Blanc) pour une ichtyose nigricans ; n'est allée consulter que « parce qu'elle veut se marier ».

A. H. Père mort à 52 ans (?); mère vivante bien portante.

A. C. 1 frère tué à la guerre ; 8 frères ou sœurs morts en bas âge (?) dont 2 ou 3 de méningite (?) ; 6 sœurs vivantes bien portantes ; de plus la mère a fait 3 fausses-couches de 4 à 5 mois.

A. P. Jamais malade, réglée à 16 ans. — Vers l'âge de 5 ans on a remarqué :

une pigmentation anormale de sa peau ; cette pigmentation n'a fait que s'accroître depuis.

Consulte le 7 novembre 1934 pour ichtyose nigricans : peau noire sur le ventre, les aisselles et la face interne des cuisses ; avec grosses squames adhérentes ; peau grisâtre, ichtyosique sur le reste du corps.

— 7 novembre 1934 B. W. (— — — —) index 3.

— 10 novembre 1934 L. R. au néo. 0,30.

Avant 5.140 ; 2 heures après 6.682 = + 1.542 (L. R. positive).

Reçoit 5 gr. 40 de néo jusqu'au 17 janvier 1935.

L'amélioration commencée dès la 2^e injection se continue pendant les suivantes. A la fin de la série, l'ichtyose qui était noire, ne l'est plus. Mise au repos un mois.

— 11 février 1935. L. R. au myoral 1 cc.

Avant 4.112 ; 2 heures après l'injection 6.168 =

L. R. positive + 2.056.

Mise au traitement mixte à faible dose :

(exempl. 8 myoral et 1 gr. 95 de néo dans la première série mixte).

Après la deuxième série mixte :
guérison complète de l'ichtyose, état général amélioré (engraissement).

Le Docteur Aubry en février 1939 nous a confirmé : le maintien de la guérison et que la malade était mariée.

Observation 21 (*Dr. Gouin*). — Mme. Le Gall, 27 ans. Icthyose avec tuberculides et ulcérations tuberculeuses des deux jambes.

Mère soignée pour syphilis tertiaire du front, en placards (B. W. + + + +), a fait 4 fausses-couches de 2 à 3 mois. A.P. Enfant, elle fut très difficile à élever (?) réglée 3 jours par mois.

Consulte le 23 mars 1938.

L. R. le 31 mai 1938 au Bi.

Avant 9.766 ; 2 heures après 9.766 = 0 (L. R. indifférente).

Le 28 juin L. R. au 914 (0,15).

Avant 11.308 ; 2 heures après 11.822 = + 514 (L. R. indifférente).

Le 25 juillet 1938 L. R. acétylarsan.

Avant 6.682 ; 2 heures après 10.280 = + 3.598 (L. R. positive).

Reçoit une série de 10 acétylarsan jusqu'au 19 septembre 1938. — On note amélioration des ulcérations tuberculeuses.

(Après repos 1 mois). Reçoit du 17 octobre au 25 décembre 1938, 10 acétylarsan. — On note cicatrisation des ulcérations tuberculeuses et guérison des tuberculides. — Repos 1 mois.

Fin janvier on fait quelques acétyls. La malade commence à transpirer. — On cesse pour faire 3 semaines plus tard.

Le 17 février 1939 L. R. à l'or.

Avant 8.224 ; 2 heures après 9.252 = + 1.028

(L. R. crisalbine positive). Actuellement au traitement mixte (ichtyose un peu améliorée).

Observation 22 (*personnelle*). — Ratt. Michel, 9 ans 1/2, fils unique, consulte le 9 janvier 1939.

A. H. La mère nous apprend qu'elle a un goitre, que son mari est bien portant, que le grand-père paternel de l'enfant est mort à 76 ans (?) et la grand'mère à 27 ans (?), qu'ils ont eu deux enfants bien portants. Elle a eu 6 frères et sœurs : 1 mort à la guerre, 1 mort en bas-âge et une sœur folle.

A. P. Rien à signaler.

Le 12 janvier 1939 L. R. à l'acétylarsan infantile :

Avant 8.738 ; 2 heures après 14.392 = + 5.654

(L. R. positive). B. W. (— — — —) ; poids de l'enfant 24kgr.500 Le 20 mars 1939. Après la 7^e piqûre d'acétyl, l'enfant a grandi de 1 cm. 1/2 et atteint 26 kgr. 500.

En plus de la grosse amélioration de l'état général l'ichtyose n'est plus en écaille, mais nous observons une *desquamation furfuracée*.

Le malade continue son traitement actuellement.

IX. — Eczémas

Observation 23 (*personnelle*). — Jam. Robert, 10 ans. Eczéma séborrhéique du cuir chevelu.

A. H. Grand-père paternel sujet aux crises d'asthme, âgé de 76 ans ; grand'mère paternelle morte à 48 ans d'une angine (?) ; a eu 12 grossesses, dont :

une fausse-couche (?), 1 enfant mort à 3 ans (?) de méningite (?) et 1 enfant mort à 5 ans de méningite (?). et 9 *vivants*. Une fille a de l'asthme ; grand-père maternel mort à 58 ans de tuberculose pulmonaire, grand'

mère maternelle morte à 20 ans (infection puerpérale). Une grossesse : — la mère depuis sa dernière grossesse a des insomnies, des « idées noires ». — Elle a eu 3 enfants vivants.

A. C. 1 frère 4 ans bien portant. — 1 frère 14 ans a eu des adénites tuberculeuses au cou qui ont suppuré ; actuellement bien portant.

A. P. Rougeole à 3 ans ; depuis 5 ans il fait des poussées d'eczémas qui récidivent dès que l'on cesse le régime et les pommades. Il a eu des adénites tuberculeuses à 5 ans. On lui a enlevé les amygdales à 8 ans. Appendice xiphoïde existe, ongles ponctués, dents crénelées.

Le 23 février 1939. L. R. au sulfarsénol.

Avant 5.154 ; 2 heures après 7.196 = + 1.542
(L. R. positive).

Du 23 février au 16 mars reçoit 4 sulfarsénol de 0,06 ; 0,12 ; 0,18 ; 0,18.

Après la 2^e piqûre l'eczéma a presque disparu *sans traitement local*. Le malade est en cours de traitement.

Observation 24 (*personnelle*). — Kerma. Paulette, 14 ans 1/2 ; consulte le 21 novembre 1938 pour eczéma rétroauriculaire suintant de l'oreille gauche datant de un mois, récidive d'un eczéma survenu l'année précédente.

A. H. père mort « tuberculeux suite de la guerre » (?), mère sourde : a eu 11 frères et sœurs, dont : 1 frère sourd bien portant, 2 morts-nés, 4 morts en bas âge (?), 4 vivants.

A. C. 1 frère mort à 5 mois (de méningite), 1 sœur a un cancer utérus, 1 frère et une sœur bien portants.

Le 24 novembre 1938 L. R. au sulfarsénol.

Avant 6.682 ; 2 heures après 10.794 = + 4112
(L. R. positive).

Le lendemain fortes céphalées.

Reçoit du 24 novembre au 15 janvier 1939, 1 gr. 56 de sulfar. *guérison complète sans traitement externe.*

X. — Chéloïdes

Nous ne donnerons qu'une observation de guérison, les autres étant en traitement, les unes améliorées ou non.

Observation 25 (*Dr. Gouin*). — Mme. Prun. 50 ans. Consulte le 21 septembre 1937 pour une chéloïde pré-sternale de 7 cm. de long sur 3 cm. de large (Biopsie en mai 1938). Mari mort tuberculeux. — Une grossesse avant terme (à 7 mois 1/2), l'enfant a vécu 10 heures. Elle n'est plus réglée depuis 1933.

Chéloïde survenue il y a un an, sans raison.

Après échec radiothérapie et diathermie (1 an).

On fait le 15 juillet 1938 L. R. au Bi.

Avant 6.168 ; 2 heures après 10.280 = + 4.112
(L. R. positive).

Après 12 piqûres de bivatol, guérison complète. — Pour maintenir la guérison on fait une deuxième série du 3 novembre 1938 au 23 février 1939.

Guérison maintenue.

XI. — Acné

Nous donnerons deux observations.

Observation 26 (*Dr. Gouin*). — Peng. Marie-Thérèse, 17 ans. Acné juvénile.

A. H. père tuberculeux pulmonaire soigné à l'hôpi-

tal maritime, grand-père maternel mort à 53 ans de congestion pulmonaire, grand'mère maternelle morte à 75 ans (?), a eu 9 enfants, dont 6 morts (?); mère a eu deux grossesses : 1 enfant mort après 48 heures de maladie bleue et *la malade* qui est bien réglée et n'a pas d'appendice xiphoïde.

Consulte le 20 décembre 1937 pour acné juvénile.

Guérie complètement par le bi-iodure de mercure buccal.

Il n'a pas été fait de leucocyto-réaction.

Observation 27 (*personnelle*). — Mlle. Mo. Marie, 35 ans.

Acné rosacée papulo-pustuleuse en chauve-souris sur le nez et les joues datant de 3 ans environ.

Père mort de congestion pulmonaire, mère bien portante, n'a pas fait de fausse-couche.

Fille unique. — Consulte le 27 février 1937.

Bien réglée. Depuis 2 mois cependant règles en retard. Voûte palatine ogivale.

Pas d'appendice xiphoïde.

Le 23 mars 1937. L. R. au Bi.

Avant 6.168 ; 2 heures après 7.196 = + 1.028.

B. W. (— — — —) index 3, Vernes $\Sigma = 0$

Reçoit 10 Bi jusqu'au 2 juin 1937 ; amélioration très importante, le 6 *juillet*.

Du 6 juillet au 14 septembre 1937.

Reçoit 9 Bi ; disparition presque complète.

Revient le 8 février 1939 avec récurrence.

Après le 1^{er} Bi (8 février) rougeur de toute la figure.

Du 8 février au 15 mars.

Reçoit 5 Bi ; pas d'amélioration.

Mise en repos pour leucocyto-réaction à l'or dans 3 semaines.

XII. — Lèpre

Observation 28 (*Dr. Gouin et Fournier*). — Cette observation a été communiquée à la Soc. de Méd. et de Chir. de Brest, par le Docteur Gouin.

Ru. Jean-Louis, 35 ans. Travaille actuellement à Brest comme manœuvre, autrefois fermier à P. — Envoyé par le Docteur Andrieux de Carhaix.

Lèpre autochtone mixte (*cutanée et trophonévritique*) à prédominance droite, se présente le 30 mars 1938 à la consultation de l'hôpital (service dermatologie).

A. H. Père et mère vivants, n'ont jamais quitté le pays, ont eu 7 enfants dont le malade et 4 frères et une sœur bien portants ; une sœur morte à 5 ans (suites de brûlures), pas d'enfants morts en bas âge, pas de fausse-couche.

A. P. A 15 ans il fait une grippe (4 jours) ; a fait son service militaire ; à sa libération a fait une pneumonie. Cultivateur, s'est marié à 21 ans, est venu à Brest travailler comme manœuvre vers mars 1938.

Le malade ne peut préciser la date à laquelle remonte son affection (2 ans 1/2 environ).

Marié, femme bien portante, 3 enfants bien portants, ils n'ont jamais quitté le pays, lui non plus.

Examen. — Le malade est robuste, bien musclé, haut en couleur, de taille moyenne, a les cheveux noirs...

Le malade présente des lésions cutanées généralisées, des ulcérations aux mains, aux pieds et aux deux oreilles. L'oreille droite est déchiquetée, le nez ne présente rien, le pouce droit est globuleux, sur la joue droite, tumeur ovoïde et violinée, non suppurée et non mobile, dure. Sur le corps, quelques petites nodosités ; tumeurs violinées : épaule, cuisse, avant-bras *droit*.

Enfin un semis de papules siège à la face dorsale et thoracique antérieure s'arrêtant aux lombes.

Le malade transpire, la peau est séborrhéique.

Les troubles des extrémités des membres auraient commencé il y a deux ans.

L'état général du malade est bon. — C'est un buveur (pituite matinale, crampes dans les mollets).

Il a des rêves, des pertes séminales, du tremblement, il ne digère pas les graisses.

Pas de désordre dentaire, mais il ne présente pas d'appendice xiphoïde.

L'auscultation ne révèle rien au point de vue pulmonaire, le foie et la rate ne sont pas augmentés.

Lésions proprement dites :

A. *Extrémités.* — C'est donc depuis deux ans que les oreilles et les extrémités des membres supérieurs et inférieurs sont envahies.

1° *La main droite* seule présente des ulcérations : le *pouce* est augmenté de volume, il est fusiforme, effilé à son extrémité, il donne l'espect d'un spina ventosa, mais la peau n'est pas rouge, elle est violacée ; et la flexion est impossible ; il est le siège de douleurs spontanées et au toucher, il n'est pas chaud, ne présente aucune ulcération, l'ongle est indemne.

Le médius présente à la face dorsale une ulcération fissuraire profonde de 3 à 4 mm. de largeur, l'ongle est spongieux, noirci, et criblé d'ulcérations, les troubles sont localisés à la phalangette.

Le petit doigt présente une ulcération fissuraire analogue, mais de dimension moindre.

2° *Main gauche paraît saine.*

3° *Orteils.* — Des lésions plus accentuées qu'aux mains siègent au niveau du 2^e orteil droit et gauche et forment à gauche, une véritable ulcération de la grandeur d'une pièce de 0,50 envahissant la matrice et l'ongle, sur la face dorsale de la phalange et de la phalangette.

La marche est difficile et douloureuse ; *à noter que* : les mains et les pieds réalisent en outre le début du syndrome de Raynaud : douleurs spontanées avec crise blanche s'étendant à tous les doigts des mains et des pieds.

4^o *Lésions des oreilles.* — L'oreille gauche est atrophiée, violette, les bourrelets sont presque disparus, elle ne présente pas d'ulcération : elle est le siège de vague de chaleur et de froid et de phénomènes douloureux intermittents, l'oreille droite est complètement déchiquetée et présente des ulcérations s'étendant à toute l'oreille : bourrelet, face antérieure et postérieure.

B. *Autres lésions cutanées.* — La plus grave siège au niveau de la région malaire droite : c'est une tumeur rouge violinée, légèrement exulcérée, ne laissant sourdre aucun liquide, elle est dure, ligneuse et difficilement mobilisable, de la dimension d'une noix.

Sur le deltoïde droit existe une tumeur plus petite, olivaire, non ulcérée, rouge vineux, indurée, d'aspect chéloïdien, de même sur l'avant-bras droit on trouve une lésion du même aspect mais plus petite.

Mais sur l'avant-bras et le bras sont apparues, dit le malade, de petites lésions papulo-croûteuses disposées avec symétrie et qui ont laissé une pigmentation.

Rhinite chronique : écoulement nasal continu

Nerf cubital à droite et à gauche, surtout à droite : au niveau du coude et dans sa région distale, le cubital se révèle avec 3 nodosités, dont l'une antérieure est plus grosse (presque comme une noisette).

Il n'y a pas d'algie, pas de prurit.

Anesthésie :

1) *Chaud et froid.* — Sur tout le trajet de l'avant-bras droit, le malade accuse un retard à la perception, au chaud et au froid plus accentué encore à la face plantaire gauche, et de plus existant au niveau des deux mains.

2) *A la piqûre.* — Aux extrémités palmaires et plantaires existent des zones d'anesthésie irrégulièrement disposées dans lesquelles on peut planter une aiguille, sans provoquer de douleur.

Ailleurs perception au toucher parfaite.

Atrophie musculaire. — L'atrophie des régions thénard gauche et droite est complète.

Recherches du B. de Hansen.

Le 6 avril un frottis du mucus nasal révèle quelques rares bacilles acido et alcoolo-résistants ressemblant au bacille de Hansen.

Le malade est mis à l'iodure de potassium (Le Redde, Pautrier) (10 gr. en 3 jours) : la sécrétion nasale est augmentée et l'on trouve à l'examen microscopique : *des globbies bourrées de bacilles de Hansen* le 12 avril 1938.

7 avril 1938. — Le B. W. est (— — — —) index 3 ; Vernes $\Sigma = 0$ (sérum empêchant).

En conclusion : le 12 avril 1938, diagnostic positif certain.

Lèpre mixte trophoneurotique à prédominance du côté droit : atteinte des extrémités des membres. Hypertrophie du nerf cubital — lésions cutanées et lésions osseuses (voir radiographie) — Bacille de Hansen positif — pas de paralysie faciale, rien aux sourcils, rien au nez.

Le 7 avril 1938. Leucocyto-réaction au néo.

Avant 7.196 ; 2 heures après l'injection 10.794, leucocyto-réaction + 3.598, positive.

Du 7 avril 1938 au 9 mai reçoit 4 gr. 90 de néo.

Le 15 avril l'ulcération du petit doigt de la main droite est en voie de cicatrisation.

Le 18 avril 1938 l'ulcération du petit doigt droit se cicatrise et au médius l'ulcération tend à se fermer.

Les troubles trophiques cutanés sont améliorés :

le nez ne coule plus ; l'état général du malade est meilleur.

A la 6^e piqûre de néo, cicatrisation des lésions cutanées.

Le 3 mai semis lichénien sur le dos et le ventre ;

3 mai recherche de bacilles de Hansen positive.

Le 3 juin 38. — Après un mois de repos, leucocyto-réaction crisalbine, 0,05

Avant 5.140 ; 2 heures après l'injection 4.636,
leucocyto-réaction indifférente = — 514.

Remis au néo le 8 juin, reçoit jusqu'au 15 juillet 38, 5 gr. 25 de néo.

Le 15 juin apparition d'une ulcération à la partie haute et antérieure de l'oreille droite. Elle commence à se cicatriser le 27 juin (4^e néo).

Le 11 juillet, cicatrisation presque complète.

Le 18 juillet 1938, cicatrisation terminée.

Le 27 août, après un mois de repos : leucocyto-réaction crisalbine 0,05.

Avant 4.113 ; 2 heures après l'injection 7.193 ;
leucocyto-réaction positive + 3.084. — Mis au traitement mixte (néo + crisalbine).

Du 2 au 28 septembre 1938 reçoit 914 et crisalbine en même temps ($6 \times 0,30$) = 1 gr. 80 de néo et 0 gr. 30 ($6 \times 0,05$) de crisalbine.

Le 23 septembre, recherche de B. de Koch dans les selles négative (méth. Vernot et Moreau).

Le 26 septembre retourne à P.

Revu le 19 octobre, le nez ne coule plus, le pouce diminue de grosseur.

Le 4 novembre remis au traitement mixte ; reçoit jusqu'au 25 novembre :

$5 \times 0,05$ de crisalbine et $5 \times 0,30$ de néo.

Après la 2^e piqûre le nez a coulé.

Le 18 janvier 1939. — La main droite reste toujours plus grosse que la main gauche. Le nez coule de temps en temps. Bon état général, tout reste cicatrisé.

B. W. (— — — —) index 1/2; Vernes $\Sigma = 0$.

Le 23 janvier 1939, B. de Hansen positif dans sécrétion nasale.

Biopsie : papules, résultat négatif.

Le 23 janvier 1939 reçoit crisalbine 0,05 et néo 0,30.

Jusqu'au 1^{er} mars 1939 reçoit 5 autres néo à 0,30 et 5 crisalbine à 0,05.

1^{er} mars *recherche de B. de Hansen négative dans les sécrétions nasales, pour la 1^{re} fois.*

8 mars, bon état général. En repos pour un mois.

Le lundi 27 mars 1939 nous examinons à nouveau le malade.

Le malade ignore sa maladie. Mais comme il nous connaît mieux, il nous apprend qu'en 1932 il avait eu des glandes derrière les oreilles.

Que pendant l'hiver 1936 il a eu des engelures aux oreilles et est allé consulter le docteur Legueut.

Il ajoute avoir eu vers cette date des fourmillements notamment dans les deux membres inférieurs, des « rhumatismes » (?) dans les lombes ; et fait curieux, il avait quelquefois l'impression de « gouttes d'eau chaude » qui lui tombaient sur la peau.

Ce symptôme était devenu presque quotidien vers la fin de 1937 et le début de 1938 (il vint consulter le 30 mars 1938 à Brest). Il avait également, nous dit-il : « des sensations comme une main qui se posait sur le dos ou sur les épaules ; plusieurs fois je me retournais et il n'y avait personne ».

Examen physique :

• Réflexes rotuliens un peu vifs : tricipital normal (à droite et à gauche), pas de Babinski.

L'anesthésie aux régions atteintes n'existe pour ainsi dire plus.

Léger retard cependant dans la perception du chaud et du froid.

Sensibilité profonde conservée. La pression des masses musculaires est assez douloureuse.

Le nerf cubital des deux côtés (1/3 inférieur du bras) présente quelques nodules comme de petits pois (ils étaient en 1938 quand il vint nous consulter comme des noisettes).

Aux nerfs du membre inférieur : rien.

En arrière des oreilles, on ne sent pas de nodosités sur la branche auriculaire du plexus cervical superficiel.

Le 27 mars en repos depuis 3 semaines.

Recherche du B. de Hansen dans les sécrétions nasales : positive.

Radiographies osseuses

9 avril 1938. — *Pied droit* : raréfaction de la phalange basale du 2^e orteil droit, avec décalcification irrégulière ; géodes au niveau de la phalange base (épiphyse distale).

Pied gauche : processus raréfiant irrégulier ; modéré au 1^{er} orteil, et plus net à l'extrémité unguéale et à l'épiphyse distale de la phalange du 2^e orteil.

20 septembre. — *Pied droit* : mêmes images au niveau du 2^e orteil, images analogues nouvelles au niveau du 3^e orteil.

Pied gauche : le processus raréfiant irrégulier s'est accentué au niveau du gros orteil.

(Extrémité unguéale et surtout phalange).

9 avril 1938. — 1. *Main droite*. — *Pouce* : décalcification irrégulière, mouchetée, importante au niveau des épiphyses de l'articulation phalangino-phalangetienne avec fort épaissement des parties molles sus-jacentes.

Médius : à la phalangenette et à l'auriculaire : au niveau de la phalange on voit un processus raréfiant, irrégulier, en géode vers le milieu de l'os ; avec au

contraire exubérance ostéo-périostique à la base de la phalangette et de la phalangine.

La phalange basale de l'auriculaire montre un amenuisement de la texture osseuse, tandis que les parties molles sus-jacentes sont fortement épaissies.

3 mai. — Images sans différence notable.

20 septembre. — Images sans différence notable.

21 novembre. — L'image du pouce est comparable.

Radiographie pulmonaire

Le 17 mai 1938 : pommelures, marbrures, et mies de pain, dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires ; plus discrètes à gauche surtout dans la moitié inférieure.

Images d'infiltration totale des deux poumons.

16 juillet. Mêmes images un peu plus nettement délimitées et moins diffuses.

19 septembre. L'extension des images pommelées et marbrées est encore un peu diminuée, tandis que se précisent des images scléreuses hilaires et parahilaires.

21 novembre. Images très comparables à celles du 19 septembre.

Les images parenchymateuses sont peut-être encore un peu moins marquées surtout dans le 1/3 supérieur (des deux côtés).

A la lecture de cette observation, on constate :

1° L'influence heureuse quoique incomplète du traitement antisypilitique seul, puisqu'il y a eu récédive immédiate mais très partielle à l'oreille.

(Le Docteur Gouin nous dit avoir traité, il y a plusieurs années, sans succès des lèpres par le novarsénobenzol mais sans étalonnage par la leucocyto-réaction).

2° Influence de la chrysothérapie.

A cause de la parenté morphologique : 1° du B. de Hansen et du bacille de Koch ; 2° de la similitude des lésions cutanées avec la tuberculose le Docteur Gouin a pensé que le traitement par la chrysothérapie pourrait peut-être améliorer les lésions lépreuses.

Aussi l'on a constaté l'action favorable du sel aurique (qui a donné comme l'antisyphilitique hyperleucocytose à la 2^e h.).

3° Enfin le traitement mixte antisyphilitique et sel d'or a cicatrisé de façon plus durable les ulcérations.

Nous avons revu le malade le 27 mars 1939 ; la cicatrisation des lésions cutanées se maintient. Le malade est actuellement au traitement d'entretien, qui se fait sur le rythme suivant :

5 piqûres de néo à 0,30 et 5 piqûres d'or à 0,05 :

A raison d'une piqûre double par semaine, faite le même jour. Séries répétées après un mois de repos.



Ru... Jean Louis. — Lèpre mixte.

Le 7 avril 1938.

Oreille droite rongée et ulcérée.

(Photo 1) *Dr. Gouin.*



Ru... Jean Louis. — Lèpre mixte.

25 janvier 1939.

Oreille droite. Cicatrisation des lésions cutanées.

(Photo 2) *Dr. Gouin.*

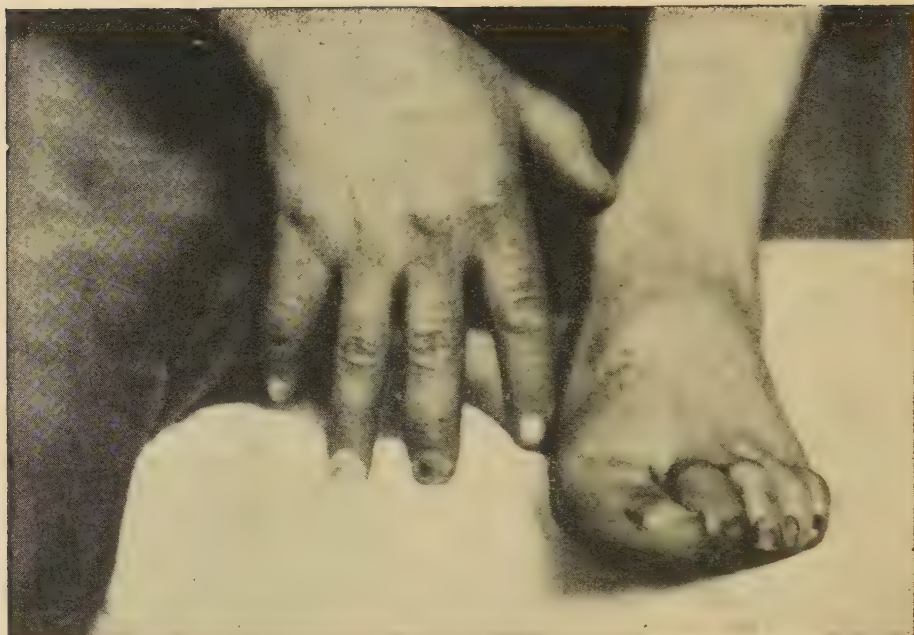


Ru... Jean Louis. — Lèpre mixte.

7 avril 1938.

Main droite : fissure à l'auriculaire, ulcération au médus, pouce globuleux. — Pied gauche avec ulcération du 2^e orteil.

(Photo 3) Dr. Gouin.



Ru... Jean Louis. — Lèpre mixte.

25 janvier 1939.

Cicatrisation des lésions cutanées. Pouce main droite encore globuleux.

(Photo 4) *Dr. Gouin.*

XI. — Panaris de Morvan

Observation 29 (*Dr. Gouin*). — Le Br. Jean-Louis. Landéda.

A. H. père mort à 64 ans de rhumatisme (?), mère morte à 53 ans d'hémorragie cérébrale.

A. C. 2 frères morts à 2 mois (?), 1 sœur morte de tétanos, 5 frères et sœurs bien portants. L'un des frères a eu un fils mort de méningite à 2 ans.

Descendance : 3 enfants bien portants, 1 n'a que 8 doigts, il manque les deux médius, en outre syndactilie du pouce et de l'index gauches ; 1 autre a : syndactilie du médium et de l'annulaire gauche.

Dans les antécédents maternels il y a eu syndactilie également.

A. P. Il y a 2 ans coupure au niveau du pli de flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne, suivie d'inflammation du doigt : tumeur, douleur, rougeur, chaleur. Puis phlegmon de la main soigné médicalement sans succès.

Entre à l'hôpital où l'amputation du doigt a été faite aussitôt.

Dernièrement piqure au médium droit.

Puis inflammation avec tumeur et rougeur, mais chaleur et douleur ne sont venues qu'un peu plus tard. Lui-même s'est piqué pour évacuer le pus qui était en abondance. Un médecin consulté a enlevé l'ongle.

Actuellement. — Tumeur, rougeur et aussi chaleur et douleur, mais relativement peu intenses ; à certains endroits, plaie infectée avec pus.

L'incision pratiquée a également évacué un peu de pus.

La dissociation à la piqure, à la chaleur et même au

contact existe, mais pas continuellement ; aux plis de flexion il y a des fissures.

La main reste augmentée de volume, *pas de scoliose*.

Le 15 juin 1934, L. R. au néo (0,30).

Avant 6.168 ; 2 heures après l'injection 7.196 =
+ 1.028 (L. R. positive) ; B. W. (— — — —)
Vernes $\Sigma = 0$.

Du 15 juin au 30 juillet 1934.

Reçoit 3 gr. 90 de néo. On note : les ulcères trophiques, par lesquels sont sorties les esquilles osseuses, sont cicatrisés.

Parti complètement guéri.

Observation 30 (*Dr. Gouin*). — Le malade ne peut guère donner de renseignements ; il parle breton et est très diminué intellectuellement.

Gra. Pierre, 55 ans, Lesneven.

A. H. père mort âgé. Rien à signaler sauf : mère morte à 45 ans (suites de couches).

A. C. 1 frère mort à 19 semaines (?), 1 frère mort à 2 ans (?), 3 frères bien portants et une sœur bien portante.

Célibataire. — Aucun antécédent pathologique.

Il y a 29 ans (1904) crevasse du pli de flexion du médius droit puis inflammation avec tous ses caractères : tumeur, rougeur, chaleur, douleur très intense ; une incision a été pratiquée au bout de 2 ou 3 mois ; guérison en deux mois.

Quelques mois après, mêmes phénomènes mais douleur moins intense, à un autre doigt.

En 1917 même phénomène ayant nécessité amputation de la 3^e phalange ; cicatrisation en deux mois.

Tous les deux ans le même phénomène se produit mais de moins en moins douloureux.

Actuellement. Index droit énorme.

Aspect : phlegmoneux avec crevasses du pli de

flexion, sensibilité à la douleur nettement diminuée mais non abolie. Pas de dissociation au chaud et au froid.

Le 29 janvier 1934. L. R. au néo (0,30).

Avant 7.196 ; 2 heures après l'injection 8.224 =
+ 1.028 (L. R. positive) B. W. (— — — —)
Vernes $\Sigma = 0$.

Reçoit le 29 janvier néo, 0,30, et 1^{er} février néo 0,30.

La cicatrisation se fait et le malade *part* pour ne revenir que le 27 juin. Le malade n'a subi aucune opération et est guéri (après 2 néo seulement).

Le 27 juin 1933. L. R. au cyanure de mercure.

Avant 6.168 ; 2 heures après 4.626 = — 1.542
(L. R négative).

Le 28 décembre 1934 : le malade accuse à nouveau des douleurs aux mains.

A l'examen on constate une main droite bien plus volumineuse que la gauche avec les doigts en griffe mais pas d'ulcération, ni de crevasse.

L'examen général montre que le sujet a une scoliose dorsale légère, d'autre part, ses épaules sont tombantes et ses bras sont démesurés avec mains en battoir.

Du 28 décembre 1934 au 31 janvier 1935, il reçoit 2 gr. 40 de néo. Aux premières piqûres la main diminue de volume et devient moins douloureuse.

Le malade est parti guéri de l'hôpital.

Le Docteur Gouin qui a vu plusieurs panaris de Morvan nous dit : « que ce malade est le type parfait du panaris de Morvan à poussées successives ».

XII. — Botriomycome

Les quelques cas traités par le novar depuis 1927 n'ont pas donné de résultats. Nous donnerons un échec.

Observation 31 (*Dr. Gouin*). — Mme. Golle. —
Antécédents : rien à signaler.

Vient consulter le 21 août 1933, pour tumeur de la région temporale gauche. Tumeur molasse bien limitée légèrement enchatonnée, recouverte d'une croûte jaunâtre, pas de ganglions.

Début il y a un mois et demi par une petite excoriation provoquée par un fer à friser.

Le 23 octobre : recherche tréponème négative.

Le 25 octobre : on fait leucocyto-réaction au néo. Reçoit 0,30 de néo.

— Avant 5.140 ; 2 heures après 5.140 = (L. R. indifférente).

Mise au traitement ; au 5^e néo (à 0,45 chaque fois) : pas de guérison. — Traitement par radiothérapie.

CONCLUSION

Nos conclusions sont inspirées par la pratique, et par les conceptions étiologiques et pathogéniques qui sont adoptées dans le service dermatologique de Brest.

Les résultats pratiques restent acquis, qu'on accepte ou qu'on rejette les conclusions théoriques qu'en a tirées le Docteur Gouin.

Si on ne les admet pas, il suffit de dire comme suit :

1° Les antisypilitiques sont utilisés par différents auteurs dans les dermatoses les plus diverses : lichen plan, lupus érythémateux, tuberculides, psoriasis, pelade, tuberculoses cutanées vraies, érythème polymorphe, eczéma, chéloïdes, acnés, lèpre, panaris de Morvan, botriomycome.

2° Les résultats qu'y donnent les antisypilitiques sont inconstants et peuvent se résumer ainsi :

a) dans le lichen plan, les antisypilitiques donnent des succès constants s'ils sont employés sous le contrôle de la leucocyto-réaction et ils constituent le traitement du lichen plan.

Ils donnent des échecs quand l'antisypilitique est employé sans épreuve leucocytaire.

b) Dans toutes les autres affections, leur succès est limité. On peut même dire que la disparition de la lésion cutanée est exceptionnelle ; que l'antisiphilitique soit utilisé avec ou sans contrôle de l'épreuve leucocytaire.

Les antisiphilitiques ne doivent donc pas être considérés comme le traitement unique de ces affections.

3° Pour les auteurs brestois, l'échec d'un traitement antisiphilitique conduit à suspecter la présence d'un terrain tuberculeux, quand il n'a pas été diagnostiqué auparavant.

La recherche du terrain tuberculeux s'impose, si la clinique ne l'a pas révélé, soit d'emblée, soit secondairement (épreuve de laboratoire), par la leucocyto-réaction.

On est ainsi conduit à traiter ces deux terrains sous le contrôle de la leucocyto-réaction par le « *traitement mixte simultané* » des auteurs brestois qu'ils formulent ainsi :

« *A terrain mixte = traitement mixte* ».

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de la Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Audry (Ch.). — « L'acétylarsan, médicament spécifique du lichen plan » (*Bull. soc. derm.*, 13 janv. 1927, p. 30).

— « Traitement de l'érythème polymorphe par les injections d'iodo-bismuthate de quinine » (*Bull. soc. Derm.*, 12 janv. 1933, p. 139).

Azua (J. de). — « Pelade et syphilis » (*Actas dermatosifiliograficas*, avril-mai 1932, n° 4, p. 130).

Balog (P.). — « Le traitement du lupus ulcéreux et hypertrophique par le néosalvarsan » (*Dermatologische Zeitschrift*, juin 1928, p. 402).

Barbaglia. — « Quelques observations de traitement bismuthique de lupus érythémateux » (*The Urologic and cutaneous revue*, déc. 1930, p. 85).

Beck. — « Traitement du lupus vulgaire par le néosalvarsan » (*Dermatologische Zeitschrift*, 1934, p. 42 P. 253).

Bernhardt. — *Sur le traitement du lupus vulgaire par la méthode de Herxheimer-Altmann.* — « Salvarsan et tuberculine » (*Arch. fur Derm. und syphilis*, 1912, t. 114, p. 101).

Besnier (E.), Brocq (L.) et Jacquet (L.). — *La pratique dermatologique*, Edit. (1901).

Blum (Paul). — *Nouvelle pratique dermatologique.* Article « Ichtyose », p. 314, t. IV.

Bouthelier. — « Recherche sur l'étiologie des eczémas des nourrissons. Eczéma et tuberculose ; eczéma et syphilis » (*Annales Derm.*, 1924, p. 425).

Brault. — « Lèpre d'origine exotique traitée par le 606 » (*Bull. soc. Derm.*, 9 nov. 1911, p. 397).

- Brocq (L.).** — *Traité de dermatologie pratique* (1907).
— *Cliniques dermatologiques* (1924, Masson éditeur).
- Burgess.** — « Le traitement du lichen plan par le bismuth » (*The Urologic and cutaneous Revue* (mars 1933, p. 173).
- Carle.** — « Action de l'arsenic dans le traitement du lichen plan » (*Bull. soc. Derm.*, 14 juin 1927, R. Strasbourg, p. 543).
- Cren.** — *Conditions d'action des sels d'or dans les tuberculoses cutanées* (Thèse Paris 1937, Jouve édit.).
- Darier.** — *Précis de dermatologie*.
- Decaen.** — *Lupus érythémateux. Traitement mixte* (Thèse Paris 1937, Jouve édit.).
- Desaunay (A.).** — *Diagnostic de la tuberculose par la leucocyto-réaction aux sels d'or* (Thèse Paris 1934, Jouve édit.).
- Domain (A.).** — *Leucocyto-réaction de la syphilis* (Thèse Paris 1933, Jouve édit.).
- Deshyes.** — « Guérison rapide d'un lupus de la face chez un hérédo-syphilitique par le traitement antisiphilitique » (*Annales des mal. vénér.*, mai 1929, p. 330).
- Devoto.** — « Sur la cure du lupus érythémateux par l'arsénobenzol » (*Journal ital. de Derm.*, avr. 1926, p. 438).
- Dudumi et Saratzeano.** — « La réaction de Wasserman en dermatologie » (*Annales Derm.*, 1913, p. 600).
- Duval.** — *Hérédité syphilitique et eczéma* (Thèse, Paris 1924, Arnette édit.).
- Devaux.** — *La leucocyto-réaction dans la syphilis héréditaire* (Thèse, Paris 1931, Arnette édit.).
- Fernet et Le Baron.** — « L'emploi du calomel dans le lupus vulgaire » (*Revue fr. de derm.*, nov. 1921, p. 514-521).
- Fournier (A.).** — *Traité de la syphilis* (1906).
- Gouin, Bienvenue, Daoulas et Desaunay.** — « Lichen plan. Traitement par rayons X, arsenic, bismuth, faits cliniques, thérapeutiques et biologiques, pour servir à l'étude pathogénique du lichen plan » (*Bull. soc. Derm.*, déc. 1931, p. 1497).

Gouin et Bienvenue. — « V. Des différentes hyper-leucocytoses et leucopénies en dermatologie ».

« VI. Rapports entre les réactions leucocytaires à la 2^e heure et les effets thérapeutiques » (*Bull. soc. Derm.*, déc. 1933, p. 1771 et 1777).

Gouin. — « La lèpre en Bretagne. Panaris de Morvan » (*Revue fr. de Derm.*, juin 1933).

— « A propos du traitement du lichen plan » (*Bull. soc. Derm.*, nov. 1933, p. 1371).

Gouin, Bienvenue, Ezel et Desanay. — « Lupus érythémateux ; leucocyto-réaction aux antisypilitiques. Terrains sypilitiques » (*Bull. soc. Derm.*, mars 1934).

— « Lupus érythémateux. Traitement sous le contrôle de la leucocyto-réaction. Terrains mixtes. Troisième condition d'action des sels d'or » (*Bull. soc. Derm.*, mars 1934).

Gouin et Bienvenue. — « Traitement du psoriasis sous le contrôle de la leucocyto-réaction. Extériorisation des lésions » (*Bull. soc. Derm.*, avr. 1934).

Gouin, Bienvenue, Domain et le Bigot. — « Lichen plan arséno résistant guéri par un traitement bismuthique » (*Bull. soc. Derm.*, avr. 1935, p. 665).

Gouin, Bienvenue (A.) Decaen et Fournier (L.). — « Lupus érythémateux. Méthode de traitement par l'emploi simultané des sels d'or et des anti-sypilitiques » (*Bull. soc. Derm.*, nov. 1937).

Gouin et Bienvenue. — « Lichen plan. Traitement par rayons X et antisypilitique » (*Bull. soc. Derm.*, juin 1937).

— « Traitement du psoriasis par antisypilitique et or employés simultanément avec extériorisation » (*Bull. soc. Derm.*, janv. 1939).

Gaucher, Gougerot et Bricout. — « Gommès sous-cutanées et osseuses tuberculeuses chez une sypilitique. Gros œdème blanc, froid, transitoire de tout le bras gauche, d'origine tuberculeuse » (*Bull. soc. Derm.*, avr. 1912, p. 151).

Gougerot. — « Traitement de la lèpre par l'aminarséno-phénol (éparseno) » (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 27 oct. 1922).

Gougerot, Barthelemy et Arnaudet. — « Lépromes non anesthésiques. Deux lépreux non anesthésiques » (*Bull. soc. Derm.*, déc. 1927, p. 1210 et 1211).

Gougerot. — *La dermatologie en clientèle.*

Gougerot et Blum (Paul). — « Influence localisatrice d'un trauma sur la lèpre. Névrite cubitale gauche isolée et fracture du radius » (*Bull. soc. Derm.*, juill. 1931, p. 1129).

Gougerot, Burnier et Ragu. — « Inoculation positive au cobaye d'un lupus érythémateux tumidus et rétroculture positive » (*Soc. dermat.*, févr. 1932).
— « Inoculation positive au cobaye d'un lupus érythémateux tumidus ; Rétroculture d'une souche humaine » (*Bull. Derm.*, avr. 1932).

Gougerot. — « Influence heureuse d'un érythème arsénobenzolique sur un psoriasis généralisé, puis récidivé » (*Bull. soc. Derm.*, janv. 1933).

— « Ichtyose et hérédosyphilis » (*Arch. Derm. de la clinique Saint-Louis*, sept. 1931, p. 467).

— Article « Lèpre » de la *Nouvelle pratique dermatologique* (1936), t. III, p. 841 à 921.

Gate (J.) et Cuilleret (P.). — « Lupus érythémateux sur terrain syphilitique » (*Bull. soc. Derm.*, déc. 1935, R. Lyon, p. 179).

Grossmann. — *Arch. of Derm. and syphilis* (Vol. XXVI, n° 1^{er} juill. 1932, p. 46).

Herxheimer et Altmann. — « Nouvelles recherches sur la réaction du lupus vulgaire et sur son traitement par le salvarsan » (*Arch. fur Derm. and syph.*, 1921, t. 110, p. 249).

Hudelo et Rabut. — « Réflexions à propos de 108 cas de lichen observés depuis le 1^{er} janv. 1922 » (*Bull. soc. Derm.*, juin 1927, p. 538. R. Strasbourg).

— « Deux cas de lupus érythémateux chez des malades hérédosyphilitiques, guérison par le traitement spécifique » (*Bull. soc. Derm.*, 1926, p. 657).

— « Lupus érythémateux, guéri par une médication bacillaire (géodyl). Récidive, guérison par une médication antisiphilitique (acétylarsan) » (*soc. Derm.*, 1928, p. 915).

- Hufschmidt (G.).** — « Guérison de 3 cas de lichen plan par le tréparsol » (*Bull. soc. Derm.*, 12 mai 1927, p. 365).
- « Un cas de lichen plan guéri par le stovarsol » (*Bull. soc. Derm.*, juill. 1927, p. 475).
- Hassau.** — « Traitement de la lèpre tubéreuse par l'amino-arséno-phénol » (*Soc. Méd. des hôp.*, 27 oct. 1922).
- Jeanselme (E.).** — « Lèpre et 606 » (*Bull. soc. Derm.*, 7 déc. 1911, p. 402).
- « Sur quelques facteurs étiologiques de la pelade » (*Journal de méd. et chir. prat.*, 10 avr. 1921).
- Jeanselme et Burnier.** — « A propos du lichen plan » (*Bull. soc. Derm.*, 14 mars 1927, p. 535, R. Strasbourg).
- Jausion, Debucquet et Pecker.** — « Essai de blanchiment des psoriasiques par un nouveau composé arsénical : « l'émétique arsenical de pyridine » associé en cure intraveineuse à l'oxydiéthylodicarboxy-diamino-isobutyrate de Bi » (*Bull. soc. Derm.*, 1927, p. 546).
- « Recherches thérapeutiques sur le psoriasis ; sa cure bismutho-arséno-pyridinique » (*Bull. de l'Académie de méd.*, mars 1929).
- Jausion et Guillaud Vallée (Y.).** — « Le psoriasis, son unité pathogénique et sa diversité étiologique » (*Bull. soc. Derm.*, 1^{er} janv. 1934, p. 113).
- Hesse (Jean).** — *Contribution à l'étude des troubles nerveux dans la lèpre* (Thèse Paris 1934, Jouve édit.).
- Levy-Franckel et Juster.** — « Le syndrome endocrino-sympathique dans la pelade » (*Presse médic.*, 4 oct. 1922).
- Lortat-Jacob et Legrain.** — « Lupus érythémateux du visage chez une hérédosyphilitique. Guérison par le Bi » (*Bull. soc. Derm.*, janv. 1927, p. 19).
- Leredde.** — *Recherche de la syphilis chez 28 psoriasiques étudiés en série* (mars 1923).
- « Recherche des signes en faveur de l'étiologie du psoriasis ; 6 cas traités par l'arsenic » (*Bull. soc. Derm.*, 1923, p. 139).

Jakobson et Barkoff. — « Contribution au traitement du lupus érythémateux par les préparations bismuthiques » (*Sovitsky Vestnik Dermatologii*, janv. 1931, p. 68 et 70).

Lanzi. — « Quelques cas de psoriasis traités par l'atoxyl » (*Giorn. ital. della mal. vene. et della pelle*, 1910).

Le Bigot (P.). — *Comparaison de l'action des rayons X et des antisypilitiques dans le lichen plan. Conclusions thérapeutiques* (Thèse, Paris 1936, Jouve, édit.).

Noguer-Moré. — « Dernières expériences sur les sels d'or associés à l'arsenic dans le traitement des tuberculoses cutanées » (*VIII^e Congrès intern. de Derm.*, Copenhague 1930).

Lancha Fal. — « Traitement de la lèpre par les sels de Bi » (*Acta dermosifilio.*, févr.-mars 1923, p. 124).

Margarot. — Article « Psoriasis » dans *Nouvelle pratique dermatologique*, p. 676 à 765).

Maggiuli. — « Sur les rapports entre les chéloïdes secondaires et la syphilis » (*Giorn. ital. di dermat. a Sifilo.*, avr. 1931, p. 492).

Mucci (A.). — « Deux familles avec ichtyose vulgaire par hérédosyphilis » (*Giorn. ital. della mal. vene.*, 1924, p. 1535).

Milian. — « Pelade et syphilis » (*Bull. soc. Derm.*, janv. 1911, p. 38).

Milian et Perrin. — « Tuberculides papulo-nécrotiques, acnitis et lichen scrofulosorum chez un malade hérédospécifique atteint d'une adénite inguinale cliniquement tuberculeuse » (*Bull. soc. Derm.*, 1923, p. 462).

— « Acné papuleuse miliaire » (*Bull. soc. Derm.*, 15 janv. 1925, p. 29).

Milian. — « Erythème polymorphe bulleux traité et guéri par le 914 » (*Revue fr. Derm.*, juin 1929, p. 346 à 439).

Milian et Horowitz. — « Traitement de l'érythème polymorphe bulleux par l'arsénobenzol » (*Bull. soc. Derm.*, 13 févr. 1930, p. 252).

Masure, Le Méhauté et Halle. — « Sur deux cas hybrides de syphilis et de tuberculose cutanées » (*Bull. soc. Derm.*, 12 mars 1936, p. 629).

Petges et Muratet. — « Pelade et syphilis » (*Annales Derm.*, 1913, p. 617).

Pinard. — « Le terrain des eczémateux et la conduite du traitement » (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 oct. 1922).

Peyri. — « Le salvarsan dans la lèpre. Influence de la réaction de Wassermann dans cette maladie » (*Actas dermosifilio...* juin-juill. 1912, p. 307).

Pouzin (E.). — *Du botriomycome et de son traitement par les injections intraveineuses de novarsenobenzol* (Thèse, Paris 1927, M. Vigné, édit.).

Pautrier. — « Deux cas de lichen plan circiné généralisé à forme érythrodermique. Apparition d'un lichen plan généralisé après néosalvarsan » (*Bull. soc. Derm.*, 11 mars 1923, R. Strasbourg, p. 67).

— « Erythrodermie et poussée aiguë de psoriasis par l'acétylarsan » (*Bull. Derm.*, 1925, R. Strasbourg, p. 58).

— « Guérison d'un vaste lupus tumidus de la face et de l'oreille droite obtenue uniquement par des injections de calomel » (*Bull. soc. Derm.*, 8 nov. 1931, p. 1423).

Nouvelle pratique dermatologique 1936.

Article « lupus érythémateux »

Article « traitement du lichen plan », p. 485.

Ramel (Lausanne). — « Le problème étiologique de l'acné vulgaire » (*Bull. soc. Derm.*, 13 nov. 1930, p. 1193 à 1198).

Ravaut et Boccage. — « Le traitement du lupus érythémateux par le novarsénobenzol, les résultats, l'intolérance spéciale, la sérologie » (*Annales Derm.*, 1926, p. 657).

Ravaut. — « L'action du néosalvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses » (*Soc. Derm.*, 5 juin 1913. — Cf. *Annales Derm.*, 1913, p. 470).

- « L'action des traitements antisypilitiques sur l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec des phénomènes de sensibilisation » (*Soc. méd. des hôpit.*, 13 oct. 1922).
- « Le terrain syphilitique. Son intervention fréquente dans la genèse de certaines affections dites diathésiques (prurigo, eczéma, asthme, etc...) » (*Monde médical*, 1^{er} mars 1924, p. 167).
- « Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation » (*Bull. soc. Derm.*, 12 mai 1932, p. 619).

Sainz de Aja. — « Le bismuth dans le lupus érythémateux » (*Actas dermatosifiliograficas*, fév. 1929, p. 312).

Smith. — « L'or et le bismuth dans le traitement du lupus érythémateux » (*The British Journal of Derm.*, oct. 1934, p. 399).

Spillmann. — « Lupus phagédénique de la face et ulcérations syphiloïdes du bras. Action favorable de la médication arsenicale » (*Bull. soc. Derm.*, 13 janv. 1926, R. Nancy, p. 65).

Sendrail. — « Ichtyose et syphilis héréditaire » (*Annales de dermat.*, 1925, p. 544).

Sampelayo. — « Pelade décalvante totale au cours de la syphilis, guérie par la salvarsan » (*Actas dermatosifilio*, févr. mars 1912, p. 161).

Silva (Carlos da). — « Une année de pratique du salvarsan à la consultation de dermatologie et syphiligraphie de l'hôpital Saint-Joseph à Lisbonne » (2 mai 1912, *Annales Derm.*, p. 181).

Sabouraud. — T. VII, p. 159 à 210 Article « pelade ».
— T. VII, p. 21 article « acné » de la *Nouvelle pratique dermatologique* (1936).

— « Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade » (*Annales Derm.*, 1910, p. 545).

— « Traitement du psoriasis par des piqûres d'énésol » (*Clinique*, juin 1912).

Sergent (E.). — *Syphilis et tuberculose* (1907), Masson édit.

Sergent et Lonjumeau. — « La syphiloscrofule » (*Monde médical*, 15 janv. 1939, p. 33 et suiv.).

- Simon (Clément).** — *Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie* (Masson édit.).
— *Nouvelle pratique dermatologique* (T. V, p. 799 à 802 Article « Panaris de Morvan »).
- Sézary et Horowitz.** — « Le traitement du lichen plan par les comprimés de stovarsol » (*Bull. soc. Derm.*, 10 déc. 1936, p. 1761).
- Sézary et Benoist.** — « Action remarquable du traitement bismuthique dans deux cas de lupus érythémateux » (*Bull. soc. Derm.*, 9 juin 1937, p. 382).
- Sézary (A.).** — « Sur le traitement bismuthique du lupus érythémateux » (*Soc. derm.*, 8 mars 1928).
- Verteuil (L. de).** — « Salvarsan in Leprosy » (*British medical Journal*, 23 sept. 1911, p. 654).
- Volk.** — « Traitement du lupus érythémateux par le spirocid (stovarsol) et le bismuth » (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 juin 1933, p. 732).
- Tzanck et Pelbois.** — « A propos du traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan » (*Annales Derm.*, 1914-1915, p. 65).
- Touraine.** — « Pelade et syphilis » (*Bull. soc. Derm.*, 14 mars 1935, p. 16).
- Watrin.** — « Erythème polymorphe et syphilis » (*Paris médical*, 1932, p. 211).
— « Le traitement du lupus érythémateux par les arsénobenzènes » (*Bull. soc. Derm.*, 1927, R. Nancy, p. 698).
- Woringer.** — *Nouvelle pratique dermatologique*. Article « chéloïdes », p. 561 et suiv.
- Uguen (I.).** — *Psoriasis. Traitement par l'extériorisation et l'emploi simultané d'un antisiphilitique et d'un sel d'or* (A. Legrand édit. thèse Paris 1938).

